



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

## Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

## À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

A. B.









REVUE MENSUELLE  
DES  
MALADIES DE L'ENFANCE

---

TOME V

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

La **Revue des Maladies de l'Enfance** paraît le 1<sup>er</sup> de chaque mois, par fascicules de 48 pages in-8°, au moins, formant chaque année un volume d'environ 600 pages, avec planches ajoutées au texte, titre et table des matières.

### PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les départements.....	12 fr.
Pour les pays faisant partie de l' <i>Union postale</i> ..	14 fr.

On s'abonne à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, et chez tous les libraires de la France et de l'étranger.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le docteur PIERRE-J. MERCIER, 10, rue de la Néva, Paris.

REVUE MENSUELLE  
DES  
MALADIES DE L'ENFANCE

HYGIÈNE — MÉDECINE — CHIRURGIE — ORTHOPÉDIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM. LES DOCTEURS

CADET DE GASSICOURT ET L.-A. DE SAINT-GERMAIN

*Secrétaire de la Rédaction :*

M. LE DOCTEUR PIERRE-J. MERCIER

---

**TOME V**

*Contenant les travaux de MM.*

BAILLY, BAUDOIN (Marcel), BÖHLER, BROUSSOLLE,  
CADET DE GASSICOURT, CHAUMIER (Edm.), CLEMENTE FERREIRA,  
COMBY, DESCROIZILLES, GRANCHER (Prof.), GUINON, IAEGER,  
JACQUINOT, JOULIARD, LAFFITTE, LAURE et HONORAT,  
MERCIER (Pierre-J.), MONCORVO, OLLIVIER (Aug.), SAINT GERMAIN (de),  
SANNÉ, SIMON (Jules), SUCHARD, SUSS, TÉMOIN, THÉREMIN.

~~~~~  
**1887**  
~~~~~

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

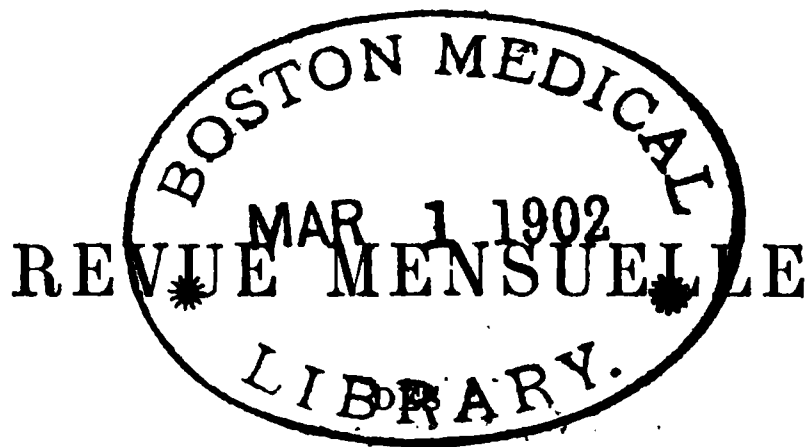
—  
1887

## PRINCIPAUX COLLABORATEURS

## MESSIEURS LES DOCTEURS

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris.  
**Balzer**, médecin des hôpitaux.  
**Baudoin** (Marcel), interne des hôpitaux.  
**Bergeron**, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau.  
**Besnier** (Jules), médecin au collège Rollin.  
**Blache** (René), ancien interne des hôpitaux de Paris.  
**Blachez**, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.  
**Boehler**, ancien interne des hôpitaux.  
**Broussolle**, interne des hôpitaux.  
**Cadet de Gassicourt**, médecin de l'hôpital Trousseau.  
**Clemente Ferreira**, de Rezende (Brésil).  
**Comby**, médecin des hôpitaux.  
**Descroizilles**, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.  
**D'Heilly**, médecin de l'hôpital Trousseau.  
**Fleuzal**, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts.  
**Grancher**, professeur de clinique des Enfants, de la Faculté de médecine.  
**Guéniot**, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.  
**Guermonprez**, de Lille.  
**Guinon**, interne des hôpitaux.  
**Hartmann**, interne des hôpitaux de Paris.  
**Huchard** (Henri), médecin de l'hôpital Bichat.  
**Jacquinet**, interne des hôpitaux.  
**Jouliard**, interne des hôpitaux.  
**Labrie**, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.  
**Laffitte**, interne des hôpitaux.  
**Lannelongue**, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine.  
**Launois**, ancien interne des hôpitaux de Paris.  
**Laure**, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, médecin de la Charité à Lyon.  
**Mercier** (Pierre-J.), deux fois lauréat de la Faculté, consultant à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).  
**Moizard**, médecin des hôpitaux.  
**Moncorvo**, professeur de polyclinique à Rio-Janeiro.  
**Ollivier**, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.  
**Onimus**, lauréat de l'Institut.  
**Saint-Germain** (de), chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.  
**Sanné**, ancien interne des hôpitaux.  
**Sévestre**, médecin de l'hôpital Tenon.  
**Jules Simon**, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.  
**Suchard**, médecin de l'hôpital de Lavey-les-Bains.  
**Suss**, ancien interne des hôpitaux.  
**Tarnier**, membre de l'Académie de médecine, professeur d'accouchements à la Faculté, chirurgien en chef à la Maternité.  
**Thérémis**, médecin de la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Petersbourg.  
**Valude**, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté.





# MALADIES DE L'ENFANCE

---

Janvier 1887

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

---

### LES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

Leçons cliniques de M. le Professeur GRANCHER

Recueillies par le docteur **P. Le Gendre**, chef de clinique adjoint.

---

Le jeune Bruard (Fernand), âgé de 10 ans, est entré dans le service le 27 septembre dernier. Ses antécédents héréditaires sont nuls ou du moins ce qui nous a été dit de la santé de ses proches n'a aucun rapport avec sa maladie. Nous ne relevons non plus rien de notable dans ses antécédents personnels; mis en nourrice à la campagne, il a été repris par ses parents à l'âge de quatre ans et jusqu'au mois d'avril dernier n'a pas cessé de se bien porter. A cette époque il s'est plaint de maux de tête qui n'ont pas tardé à disparaître.

Le 27 septembre, il a été amené dans le service de la clinique où me suppléait alors M. Hutinel, pour une angine simple qui était guérie au bout de trois ou quatre jours; on avait bien noté, au moment de son entrée, outre l'amygdalite, l'exis-

tence d'un souffle diffus dans toute la poitrine ; mais, aucun symptôme n'attirant d'ailleurs l'attention d'une manière particulière sur l'appareil respiratoire, l'examen n'avait pas été fait très minutieusement, quand survint un incident significatif. Une nuit, l'enfant fut pris d'un accès de suffocation, d'une attaque d'asthme subite et si intense que l'infirmière de veille faillit aller chercher l'interne de garde. Peu à peu cependant l'angoisse de l'enfant s'apaisa et sa dyspnée s'était beaucoup atténuée le lendemain matin.

M. Hutinel et M. Variot, alors chef de Clinique, ne se méprirent point sur la nature de cette suffocation nocturne et admirèrent tous deux qu'il s'agissait non pas d'un accès d'asthme franc, mais d'un cas de pseudo-asthme par compression ganglionnaire. Bien que la respiration fût redevenue meilleure, il suffisait de faire marcher l'enfant un peu vite pour entendre un léger cornage laryngien, et pour constater un peu de tirage sus-sternal ; à l'auscultation on percevait un souffle expiratoire diffus, il existait de la matité au niveau du manubrium.

Le 12 octobre la respiration était redevenue facile, lorsque l'enfant fut pris très subitement de fièvre et se mit à tousser ; on lui trouva un foyer de broncho-pneumonie à gauche. Le poumon était soufflant, surtout à la base ; on nota que les vibrations étaient diminuées, je reviendrai ultérieurement sur cette anomalie. M. Hutinel émit l'hypothèse qu'un des ganglions caséeux qui comprimaient les bronches s'était ouvert dans un de ces conduits et, y versant son contenu, avait provoqué l'infiltration tuberculeuse du lobe inférieur gauche, où persistent encore aujourd'hui les signes d'induration pulmonaire.

En faisant l'examen de l'état actuel de notre malade, nous constatons que c'est un enfant maigre, chétif et pâle. Même quand il est à l'état de repos, on est frappé de la manière dont il respire ; son inspiration est allongée et il semble avoir plus de difficulté encore à faire son expiration. A chaque inspiration se manifeste un tirage sus-sternal et épigas-

trique. Le cornage est très appréciable au moindre effort. La percussion de la région supérieure du sternum révèle en ce point une matité très nette par comparaison avec la même région chez un enfant sain. Cette matité déborde à droite l'os en se confondant avec la matité sous-claviculaire.

La face est légèrement violacée, les sclérotiques sont un peu bleuâtres, comme les lèvres et la langue. Au cou se voit un gonflement des jugulaires avec un petit battement; sous le tégument de la partie supérieure du thorax les veines se dessinent mieux qu'en toute autre région.

L'enfant ne tousse un peu que quand il a marché ou parlé.

A l'auscultation, presque partout on entend un souffle rude, dur, caverneux, tubaire; ce souffle est long, comme étiré, dans les deux temps de la respiration; il est à son maximum sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droite, à son minimum, sous la clavicule gauche. Il y a lieu d'opposer d'une façon générale les régions droite et gauche au point de vue de la quantité de bruit respiratoire qui s'y entend.

On perçoit en outre des râles ronflants et sibilants, allongés aux deux temps.

La percussion dénote une matité en trois points : le premier correspond à la zone ganglionnaire antérieure de Gueneau de Mussy, c'est-à-dire à la région du manubrium sternal; le second à la région sous-claviculaire droite; le troisième à la base du poumon gauche.

Quelles sont les raisons de ces trois matités? Le sommet droit est tuberculeux, la région rétro-sternale est occupée par des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés, la base du poumon gauche est mate à cause de la broncho-pneumonie récente.

Les vibrations sont un peu accrues partout à droite; elles sont sensiblement diminuées à la base gauche.

La voix est peu rauque et son émission nécessite de la part de l'enfant un peu plus d'effort qu'autrefois.

La respiration est ralentie; nous avons compté 14 res-

## DES MALADIES DE L'ENFANCE

nt par minute, le pouls est au contraire

dénopathie sous-maxillaire plus accentuée  
me le diagnostic en disant *adénopathie  
e tuberculeuse compliquant une tuber-  
et une broncho-pneumonie tuberculeuse*

se découlent des phénomènes de compres-  
ois ordres.

des vaisseaux intra-thoraciques se traduit  
es jugulaires, la vénosité et l'état cyano-  
et du thorax. — La compression des nerfs  
et l'affaiblissement de la voix, mais sans  
onie. De la compression nerveuse dépen-  
et les grands accès de suffocation pseudo-  
nomène très commun dans l'adénopathie  
est à la compression des canaux aériens,  
es, qu'incombent le cornage, le tirage, le  
et le type respiratoire.

de la région antérieure du sternum vient  
signes précédents et leur donner leur

dre avec détails quelques traits spéciaux  
on, je dois faire une courte digression ana-

des ganglions bronchiques, après avoir été  
s manières, a été de plus en plus schéma-  
(1874), qui, trouvant des difficultés extrê-  
les amas de ganglions disséminés dans  
région cervicale, les a surtout envisagés  
que. Nous suivrons sa description en la  
un peu et nous en admettrons 5 groupes.  
prend les ganglions *sus ou intrabronchi-*  
nt les bronches de la 1<sup>re</sup> à la 4<sup>e</sup> division  
: conséquent, jusque dans le parenchyme.  
espond à l'espace compris entre la trachée

et les deux grosses bronches ; c'est le groupe *intertrachéo-bronchique*. Le troisième répond à l'angle supérieur externe de la bifurcation ; c'est le groupe *prétrachéo-bronchique* droit et gauche. Puis vient le quatrième groupe, *rétro-sternal*, qui est situé au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire droite, près de la veine cave. Enfin on peut comprendre en un cinquième groupe les ganglions qui accompagnent le *faisceau vasculo-nerveux* du cou.

Il suffit d'examiner les rapports qui existent entre les régions profondes du médiastin et la paroi costo-sternale, pour comprendre que la matité causée par l'hypertrophie des ganglions du médiastin supérieur doit correspondre en général à la région du manubrium sternal. Dans certains cas, l'adénopathie trachéo-bronchique donne lieu à de la matité dans la région interscapulaire postérieure, au niveau des lames des premières vertèbres dorsales, région particulièrement étudiée par G. de Mussy qui l'appelait la 2<sup>e</sup> zone ganglionnaire. Cette matité interscapulaire existe dans certaines hypertrophies ganglionnaires, mais, chez notre enfant les lames vertébrales sont sonores. Il n'en est pas toujours ainsi, et G. de Mussy avait certainement raison de défendre l'existence de la matité interscapulaire contre ceux de ses collègues qui en doutaient et s'y sont ralliés depuis.

Je dois attirer votre attention d'une façon toute particulière sur le type respiratoire de notre petit malade. Il est caractérisé, vous ai-je dit, par l'allongement considérable de l'inspiration et surtout de l'expiration. La main, appliquée sur le thorax, apprécie, mieux encore que l'œil et l'oreille, ces modifications ; au lieu de la sensation d'une bonne et franche expansion thoracique accomplie en un seul temps par l'inspiration suivie d'un retrait en bloc du thorax pendant l'expiration, nous percevons ici une sorte de mouvement ondulatoire dû à ce que l'entrée et la sortie de l'air se font en plusieurs temps. Un de mes élèves, M. Langlois, qui dans le laboratoire de M. Marey s'est initié aux recherches pneumographiques, a figuré les tracés obtenus par l'en-



ent des mouvements du thorax chez trois sujets : sain, un enfant atteint de croup au moment d'être misé, et notre malade.

physiologique, la respiration s'enregistre sous une e que la ligne de descente qui correspond à l'ins- est légèrement inclinée, puis vient la ligne ascen- qui représente l'expiration et se termine par un au.

enfant asphyxiant par le croup, la ligne inspira- d'une verticalité absolue, brutale, traduisant la e désespérée de l'effort inspiratoire qui lutte con- acle permanent et récent, et qui soulève le thorax ement d'un seul coup.

otre malade, la ligne de descente est plus longue blique, accidentée de plusieurs crochets. L'expira- représentée par une ligne ascensionnelle en deux ne première partie presque horizontale, puis une plateaux successifs. Ici le graphique traduit les olongés et successifs des muscles inspireurs et rs.

long un type respiratoire particulier que la pneumo- nous permet de voir, comme le palper et l'auscult- ; l'avaient fait sentir et entendre.

rey a écrit la phrase suivante : « Si l'on respire par étroit, le rapport des battements du cœur et des ents respiratoires change ; la respiration devient », les battements du cœur sont plus fréquents ». Le énoncé par Marey se trouve vérifié chez notre qui respire en vérité par un tube plus étroit qu'à rmal. Sa respiration est plus lente, les battements eur sont plus rapides qu'à l'état physiologique.

el mécanisme la circulation est-elle modifiée dans ce pression atmosphérique physiologique étant égale à l'atmosphère, la pression intra-pulmonaire est, à l'état , égale à la pression extra-pulmonaire. Pendant l'ins- se produit dans l'intérieur du poumon un vido rela-

tif qui fait tomber la pression à 95/100. Dans l'expiration, la compression du poumon par les muscles expirateurs et son retrait élastique y élèvent la pression à 104 ou 105/100. Mais, chez notre enfant, l'obstacle que le rétrécissement bronchique apporte à la sortie de l'air augmente encore la pression intrapulmonaire pendant l'expiration, et diminue le nombre des mouvements respiratoires en les obligeant à être plus énergiques.

On peut figurer schématiquement l'ensemble des vaisseaux artériels et veineux du thorax par deux cônes disposés en sens inverse. Or le cône veineux intra-thoracique est physiologiquement en état de compression plutôt négative ou en tout cas nulle ; cette compression équivaut à zéro, tandis que la pression qui s'exerce sur le cône artériel équivaut à 25/100 d'atmosphère, représentant la force musculaire du ventricule gauche. Mais, quand l'expiration est gênée, cette pression augmente d'une quantité variable égale à l'effort des muscles expirateurs soit ici de 15/100 d'atmosphère par exemple ; ce supplément porte à  $\frac{25 + 15}{100}$  d'atmosphère la pression qui s'exerce sur les cônes artériels, et précipite les mouvements du cœur.

Je veux compléter l'histoire de notre petit malade en vous apprenant que le 3 novembre, j'ai fait à la partie inférieure du poumon gauche une ponction exploratrice. Voici les raisons qui m'ont déterminé. Il existe à ce niveau de la matité avec *diminution* des vibrations, du souffle, des râles diffus et lointains. En outre j'ai été frappé de deux choses : la première, c'est la dilatation en masse de toute la partie inférieure de la moitié gauche du thorax, très évidente quand on palpe cette partie entre ses deux mains comparativement à la région homologue, ainsi que Lasèque recommandait de le faire ; la seconde, c'est l'agrandissement et le refoulement des espaces intercostaux. Or Becker, en 1826, a signalé qu'un épanchement pleurétique peut être la conséquence de certaines adénopathies trachéo-bronchiques, par suite de la compression des veines pulmonaires. Je me crus

## ADIES DE L'ENFANCE

cherche d'un épanchement pleu-  
réunion de ces trois signes : ma-  
ions et dilatation des espaces

écautions antiseptiques minu-  
tion exploratrice ; celle-ci est  
beau enfoncer l'aiguille succes-  
différentes ; quelques gouttes de  
l'aiguille était donc entrée dans  
ntenait pas de liquide. Pourquoi  
ainsi dilaté à la base gauche ?  
monie de courte durée qui a  
a-t-elle laissé après elle cette  
l'organe ? Est-ce parce que le  
t du gauche respirent fort mal,  
miner un état physique spécial  
manente ? Tels sont les points  
pose, sans pouvoir y répondre.

je vous ai entretenus repré-  
commun d'adénopathie bronchi-  
plus ou moins accusés, les prin-  
ression des vaisseaux, des nerfs  
arment de faire le diagnostic  
faire connaître maintenant cer-  
els.

un enfant de 3 ans 1/2, qui, entré  
se mois, mourait le lendemain.  
et les antécédents personnels de  
ient aucun renseignement utile  
qui l'a emporté. Ayant toujours  
dit, il avait pris la coqueluche,  
it encore sous une forme atté-  
accidents par suite desquels on  
sant.

avec la face tuméfiée et cyano-

sée; les lèvres et la langue étaient noirâtres, les yeux clos par la bouffissure des paupières, le cou turgide, les mains et les pieds violacés; en un mot, il offrait l'aspect des individus qui succombent à la strangulation. L'auscultation, pratiquée un peu sommairement le premier jour, pour ne pas tourmenter inutilement l'enfant qui paraissait devoir succomber d'un instant à l'autre à l'asphyxie, permit cependant de constater du souffle en divers points des poumons et ce mélange de râles de toutes sortes qu'on a caractérisé du nom de bruit de tempête. Le pouls battait 140. L'état soporeux asphyxique était entrecoupé par de violents paroxysmes de dyspnée. Notre diagnostic fut catarrhe suffocant avec broncho-pneumonie généralisée, la thérapeutique était inutile et la mort semblait imminente. Elle ne tarda guère en effet; mais cependant l'enfant vivait encore le lendemain et cette prolongation d'agonie nous permit d'en faire un examen plus complet.

Au relevé des phénomènes d'auscultation constatés la veille nous pûmes joindre les signes de percussion suivants. Au niveau du manubrium sternal, dans la zone ganglionnaire antérieure de G. de Mussy, nous trouvâmes une matité très nette, débordant l'os à droite et à gauche de façon à se continuer avec une submatité des régions sous-claviculaires. L'esprit occupé, comme nous l'avions alors, de la recherche des adénopathies trachéo-bronchiques, nous nous sommes aussitôt demandé si dans le tableau de l'asphyxie tel que nous l'offrait ce petit malade une part des phénomènes n'était pas imputable à l'adénopathie. Or bientôt l'autopsie était pratiquée et en voici le résultat. Les sommets des deux poumons étaient en état d'induration et d'excavation tuberculeuse; cette découverte ne nous surprit point; du vivant de l'enfant la prédominance des signes de la bronchite capillaire finale avaient masqué les signes plus anciens et moins bruyants des lésions tuberculeuses. Les lobes inférieurs étaient durs, lisses, marbrés, non crépitants, splénisés; çà et là, quelques bronches pleines de pus.

ceci surtout nous intéresse : le pneumogastrique et ses rameaux étaient comprimés par un amas de tons caséeux et friables. Le pneumogastrique droit moins comprimé, mais également entouré de ganglions élargis. L'examen histologique des troncs nerveux a été presque impossible, parce qu'on ne put leur faire en temps utile, certaines préparations indispensables. On connaît d'ailleurs imparfaitement l'histologie normale du pneumogastrique. Si en l'absence d'examen micrographique on ne peut émettre d'affirmation catégorique, cependant comme nous avons, à l'œil nu, vu le nerf un peu tuméfié et flé, et en raison de ses rapports avec les ganglions, il paraît pas douteux qu'il fût comprimé.

Peut-on nous dire quelle part revenait à la compression du pneumogastrique dans les lésions pulmonaires chez ce petit enfant ? A-t-elle joué un rôle dans la production de l'asthme ?

Le petit enfant est mort, non de la tuberculose de ses bronches, mais de la broncho-pneumonie des bases. L'examen histologique a montré dans cette région des lésions broncho-pneumoniques, mais sans aucun bacille ; elles n'étaient donc probablement le résultat de l'extension du processus tuber-

culose. Les recherches des physiologistes les plus autorisés, Cl. Bernard jusqu'à M. Vulpian, tendent à établir l'influence que peut jouer la section du pneumogastrique sur la production et l'inflammation du poumon. Dans les leçons de Vulpian sur les vaso-moteurs (T. II, p. 386) vous trouverez l'influence nettement reconnue, et Letulle, dans sa thèse de doctorat, affirme aussi l'action trophique du pneumogas-

trique. Quand on sectionne les deux pneumogastriques, on voit fréquemment apparaître dans les poumons de la congestion, de l'œdème, et même un processus inflammatoire dans le parenchyme : leucocytes, cellules en desquamation, vaisseaux distendus, en somme les altérations d'une broncho-pneumonie catarrhale semblable à celle de l'homme. En



outre, MM. Arloing et Tripier, par un travail publié dans les Archives de physiologie (1873), ont établi que le pneumogastrique gauche semble plus en rapport avec l'activité du poumon et le droit avec celle du cœur. Or, dans notre autopsie, le pneumogastrique gauche était plus comprimé que le droit.

Si, au lieu d'une broncho-pneumonie, l'autopsie nous avait fait voir une pneumonie lobaire chez notre enfant, serions-nous aussi à l'aise pour admettre l'influence de la compression du pneumogastrique sur sa production ? Je ne pense pas, comme M. Fernet, que la pneumonie lobaire puisse être définie une névrite du pneumogastrique ni un zona du poumon. Il paraît plus vraisemblable que c'est une affection microbienne, bien que les caractères distinctifs du véritable pneumocoque soient en ce moment fort discutés en Allemagne par Frankel et Weichselbaum. Mais, en ce qui concerne la broncho-pneumonie, j'incline à croire, avec Vulpian, Cl. Bernard, Brown-Séquard, qu'elle peut reconnaître dans certains cas pour cause la suppression de l'action du pneumogastrique, puisque la compression par adénopathie agit comme la section expérimentale.

Je suis en désaccord sur ce point avec mon prédécesseur M. Parrot qui, sans nier l'existence de l'adénopathie trachéo-bronchique au point de vue de l'anatomie pathologique, n'admettait pas qu'elle eût des conséquences cliniquement appréciables et fût en nosologie une individualité indépendante. Il n'a pas laissé, il est vrai, de publication spéciale sur ce point de la pathologie infantile, mais je sais que telle était son opinion par le témoignage de M. H. Martin qui fut son collaborateur assidu.

Je vous ai montré jusqu'ici deux exemples d'adénopathie aussi dissemblables cliniquement que possible, l'un à évolution lente dépendant d'une tuberculose, l'autre à évolution rapide et mortelle, accompagnant une broncho-pneumonie non bacillaire et l'ayant provoquée peut-être. Je veux

nant vous faire connaître un certain nombre d'observations d'adénopathie bronchique extrêmement curieuses, prouve çà et là dans les auteurs; leur intérêt consiste qu'elles s'écartent beaucoup des types classiques; qu'en écartent soit par la prédominance tellement marquée d'un seul symptôme que tous les autres sont rejetés dans l'ombre, soit même par l'absence de tous les symptômes sur lesquels on a l'habitude de compter pour faire le diagnostic.

Il existe des adénopathies bronchiques sans symptômes marqués : vous en trouverez un exemple dans l'observation II de la thèse de Baréty. Chez un enfant convalescent de fièvre typhoïde, n'ayant ni toux, ni dyspnée, existait seulement une matité des zones ganglionnaires avec un souffle diffus aux mêmes points. L'autopsie manque malheureusement, mais est pourtant la compétence de M. Baréty en matière d'adénopathie que je suis prêt à accepter l'exactitude de son diagnostic. Mais voici une observation irréprochable de Goupil (Ann. anat., 1854). Chez un enfant atteint de méningite tuberculeuse, il avait constaté au niveau de la partie supérieure du crâne, une matité débordant latéralement cet os; un souffle bronchique s'entendait aux deux temps de la respiration. On trouva à l'autopsie une masse énorme de ganglions entourant la trachée, les vaisseaux et les nerfs et comprimant, sans avoir donné lieu aux symptômes dits d'oppression. En pareil cas, vous le voyez, rien n'attire l'attention du médecin sur l'adénopathie; c'est une découverte qu'il faut faire.

Il y a aussi des adénopathies bronchiques qui simulent les maladies les plus diverses.

Un thème peut être discuté et admis, comme dans un cas cité par M. Hérard et souvent cité. Un enfant de trois ans eut pendant deux mois des accès de dyspnée paroxysmique presque continuels et si violents qu'on croyait à tout instant le voir succomber; il succomba en effet en convulsions. A l'autopsie, on trouva le pneumogas-

trique aminci, altéré par les masses ganglionnaires qui le comprimaient.

La *coqueluche* a été diagnostiquée plus d'une fois, quand il ne s'agissait que d'une toux pseudo-coqueluchiale. Une observation des plus intéressantes à ce point de vue a été publiée par M. Jules Simon dans la Gazette médicale de Paris (1885). Un enfant de 8 ans lui est envoyé d'Italie pour une coqueluche qui durait depuis six mois; M. Simon constate bien l'existence d'une toux coqueluchoïde, mais il trouve la matité des zones ganglionnaires; il traite l'enfant par les préparations iodurées, les eaux du Mont-Dore et la guérison est bientôt complète. M. Simon n'hésite pas à affirmer que l'enfant avait une fausse coqueluche, une adénopathie bronchique.

Le *cornage laryngien* a été le seul symptôme dans un cas cité par Hourmann (il est consigné dans la thèse de Mouk-tar, 1886). Le malade était un vieillard de Bicêtre, qu'on avait surnommé *le râleur* à cause du bruit continu qu'il faisait par ses inspirations bruyantes; l'expiration était facile et silencieuse. Ce vieillard mourut subitement; on trouva le nerf laryngé inférieur gauche comprimé par une tumeur ganglionnaire brune et dure.

La *dysphonie* et la *raucité de la voix* sont quelquefois seules à révéler l'adénopathie. Il existe dans le livre d'anatomie médico-chirurgical de M. Richet l'observation d'un homme qui était à l'hôpital pour une fracture du radius: on avait remarqué que sa voix était rauque; il avait de la toux et du cornage. Il meurt; on découvre qu'un des pneumogastriques était comprimé par une tumeur ganglionnaire.

Le syndrome de l'*asystolie* existait chez un malade dont l'observation recueillie par M. J. Renaut (de Lyon) est consignée dans la thèse de Baréty. Un jeune homme de 17 ans était entré dans le service de M. Fauvel à l'Hôtel-Dieu avec des palpitations, de l'œdème malléolaire, de la congestion pulmonaire, un souffle râpeux à la base du cœur et au premier temps. On fit le diagnostic de rétrécissement aortique. La digitale

donna même du soulagement au malade qui pourtant finit par succomber en état d'asphyxie. Des tubercules étaient disséminés dans ses poumons ; un ganglion tuberculeux gros comme un œuf de poule comprimait la racine de l'aorte au niveau des valvules, qui étaient saines et suffisantes.

*L'anévrysme de l'aorte* mérite encore d'entrer en ligne de compte au point de vue du diagnostic différentiel, puisque M. Potain, qui connaît si parfaitement l'auscultation du cœur, a fait un jour une erreur de ce genre qu'il a pris soin de relater dans les Arch. gén. de médecine (1861). Une femme de 73 ans avait des accès de dyspnée intense, des vomissements glaireux, des battements pénibles à la naissance du cou du côté droit ; on entendait à la base de la région précordiale un souffle qui diminuait progressivement d'intensité à mesure que l'oreille s'éloignait de cette région. Le diagnostic fut : compression des troncs nerveux par une tumeur anévrysmale de la sous-clavière ou de la crosse de l'aorte. A l'autopsie, on trouva le pneumogastrique droit comprimé, mais par un ganglion atteint d'hypertrophie simple et pigmentaire.

Ce sont là des faits exceptionnels sans doute ; en voici de plus communs. Une observation inédite qu'a bien voulu me communiquer M. H. Martin, concerne un enfant qui était dans le service de M. Labric en 1877. Ce petit malade toussait depuis 3 mois, mais surtout depuis trois semaines, lorsqu'on l'amena à l'hôpital en proie à des accidents qui reproduisaient le tableau du croup. Le tirage était effrayant, pourtant la toux était sonore et la voix normale.

M. Labric diagnostiqua une *laryngite striduleuse*, prescrivit du bromure de potassium et autorisa la trachéotomie, conditionnellement, en cas de mort imminente. Plusieurs fois dans la nuit l'interne de garde fut appelé et faillit opérer. Le lendemain matin, la suffocation s'aggravant encore, M. Labric décida la trachéotomie, que M. Martin fit séance tenante, sans que l'enfant éprouvât de soulagement. A l'autopsie on trouva une perforation de la partie

inférieure de la trachée dans laquelle s'était vidé le contenu caséux d'un ganglion, fait assez rare, tandis que l'ouverture d'un ganglion dans les bronches se voit assez communément.

Enfin, la *gangrène pulmonaire* pourrait être exceptionnellement la conséquence de l'adénopathie. M. Machenaud a présenté à la Société anatomique, en 1855, les pièces anatomiques d'un enfant qui, ayant été atteint d'une rougeole confluente accompagnée de congestion pulmonaire, dont il était guéri depuis un mois, succomba à une gangrène pulmonaire. On vit à l'autopsie au centre du poumon droit, près de la racine, deux foyers de gangrène ; un énorme ganglion comprimait la bronche droite et les vaisseaux bronchiques. Le présentateur concluait que cette compression avait été la cause de la gangrène. M. Vidal, qui assistait à la séance, déclara avoir vu un fait analogue. M. Brouardel n'admit pas la conclusion de M. Machenaud ; pour lui la rougeole avait suffi seule à provoquer la gangrène. Il est difficile assurément de conclure ; mais la rougeole était guérie depuis un mois quand survint la gangrène, et pour ce motif, j'opine en faveur de M. Machenaud.

J'arrive maintenant à un point particulier du sujet qui m'est plus personnel ; je n'ai trouvé mentionné dans aucun auteur, avec la *prédominance et l'importance qu'il mérite*, un signe d'adénopathie bronchique que j'ai observé cinq fois dans ma clientèle. Aucun de ces cas n'a été, il est vrai, confirmé par l'autopsie ; je ne conserve cependant aucun doute sur l'exactitude de mon diagnostic.

Les cinq cas étant à peu près identiques, je me contenterai de vous en citer deux. Les différences ne portaient que sur l'âge des sujets ; il s'agissait d'adolescents de 13 à 18 ans et d'un adulte.

L'observation type est celle d'un jeune homme de 16 ans, lycéen à Versailles, ayant perdu une grand'mère et une sœur tuberculeuses. Sa santé était habituellement bonne. Il était vigoureusement musclé et très adonné à la gym-



que. Depuis deux mois seulement sa famille était étonnée par une toux grasse et courte. La voix était normale, l'expectoration nulle. Aucun des ganglions accessibles à la palpation n'était tuméfié. J'étais donc en présence d'une bronchite simple, dont la cause m'échappait. J'examine la trachée, bien conformée, convenablement sonore en tous points, vibrant comme il faut, c'est-à-dire un peu plus forte au sommet droit qu'au sommet gauche. Mais, en l'auscultant, je suis frappé de la diminution considérable du murmure respiratoire dans tout le poumon droit; la différence entre celui de gauche était, si vous le voulez, comme 4 est à 10. Aucun doute à l'ailleurs. J'avais le droit d'être embarrassé; le diagnostic d'adénopathie pouvait-il m'être suggéré par ce seul signe, que je ne trouvais ni toux convulsive, ni dysphonie, ni rien de plus? — Eh bien, oui; car trois circonstances seulement peuvent donner lieu à l'affaiblissement du murmure respiratoire limité à la totalité d'un seul poumon. On l'observe en l'absence d'adhérences pleuro-pulmonaires généralisées, de symptômes pleuraux totaux. Mais ici la notion de la pleurésie antérieure faisait absolument défaut. — On trouve aussi dans la littérature un cas, un seul, où le rétrécissement, l'oblitération complète d'une grosse bronche était le résultat d'une hypertrophie de la muqueuse consécutive à une bronchite ulcéro-sclérotisée et avait produit la diminution unilatérale du murmure respiratoire. Une telle exception ne pouvait entrer en ligne de compte ici. — Or, en dehors de ces deux hypothèses, il ne me restait que celle de la compression d'une grosse bronche par un ganglion tuméfié. L'efficacité d'une telle hypothèse, dont je vous parlerai tout à l'heure, vérifiait la justesse de mon diagnostic.

Cette année, un de mes anciens élèves, M. A. Ruault, qui vous le savez, un observateur très soigneux et très fin, me présenta un jeune garçon dont la famille était fort alarmée par la crainte d'accidents tuberculeux : la respiration était normale à droite, supplémentaire à gauche. Point de signes stéthoscopiques. Je rassurai la famille; je

prescrivis l'huile de foie de morue à doses croissantes et élevées. L'amélioration fut rapide. Ainsi, messieurs, je puis vous affirmer que dans certains cas l'*affaiblissement unilatéral de la respiration* est le seul signe de l'adénopathie.

Le pronostic des adénopathies est subordonné au diagnostic de leur nature. Baréty en admet plusieurs espèces, congestive, inflammatoire, scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse ou dépendante de cette maladie décrite par Trousseau sous le nom d'adénie. Je laisse de côté ces trois dernières qui sont exceptionnelles, la scrofuleuse et la tuberculeuse que vous rencontrerez le plus souvent, pour vous dire seulement quelques mots d'une divergence d'opinion qui séparait autrefois M. Jules Simon et M. Cadet de Gassicourt relativement aux adénopathies congestives ou inflammatoires simples. M. Cadet de Gassicourt ne reconnaissait qu'aux dégénérescences scrofulo-tuberculeuses le pouvoir de donner lieu aux symptômes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique. M. Simon, au contraire, admettait l'existence d'adénopathies purement congestives. Vous trouverez dans ses leçons le cas, à lui seul démonstratif, d'une congestion des ganglions trachéo-bronchiques causée par l'influence paludéenne et qui fut rapidement guérie par le sulfate de quinine. Dans la seconde édition de son beau livre, M. Cadet de Gassicourt reconnaît qu'il peut exister à titre exceptionnel des adénopathies simples avec tous les symptômes que Gueneau de Mussy leur avait attribués.

Il est d'autant plus important de savoir faire le diagnostic de cette affection que les autres maladies pulmonaires intrathoraciques capables de donner lieu à des symptômes analogues de compression des nerfs ou des vaisseaux, sont toutes d'un pronostic plus grave, au moins à échéance plus prochaine.

Recherchez les adénopathies; car, les ayant reconnues, souvent vous les guérirez ou vous les améliorerez par une thérapeutique à peu près uniforme. Vous prescrirez de l'huile de foie de morue à doses croissantes, en commen-

## VUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

suillerée à café pour arriver progressivement  
ées à potage par jour. J'insiste sur la néces-  
encer par une très petite dose pour arriver à  
s élevées. Là est le secret du succès. Pour  
éance, il faut d'ailleurs que vous fassiez les  
ions les plus minutieuses aux parents sur le  
istration. L'intolérance des enfants pour ce  
lécoule souvent d'abord de la faute de la mère,  
la première la grimace en entendant prescrire  
de morue à son enfant, — grimace que celui-ci  
ement s'empresse d'imiter. Pour vaincre la  
. l'huile de morue, il faut agir comme Lasèque  
fit pour certaines maladies, c'est-à-dire traiter  
ourage du malade. L'éducation des parents  
ntiendrez ce que vous voudrez de l'enfant.

emps que l'huile de morue, vous prescrirez les  
dure de potassium ou mieux de sodium, ou  
à l'état naturel, sous forme de teinture d'iode,  
de Mussy était arrivé à donner la préférence.  
prendre progressivement jusqu'à 20 gouttes de  
le dans du vin sucré ou de l'eau-de-vie. Cette  
evra être longtemps continuée, interrompue de  
mps, puis reprise jusqu'à la guérison, qu'il sera  
spensable de consolider par une saison au Mont-  
Bourboule.

---

## CLAUDICATION CHEZ LES ENFANTS.

### SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT

**E. Brousselle**, interne des hôpitaux.

---

remiers mois de notre entrée dans le service de  
ent maître M. de Saint-Germain nous avons été  
fréquence de la boiterie chez les enfants, de la

---

difficulté d'interprétation qu'offre ce symptôme banal à observer et de l'extrême importance qu'il fallait attacher au diagnostic de la cause lorsqu'il s'agit de répondre à cette question capitale : l'enfant boitera-t-il toujours ?

Nous avons été placé dans des conditions toutes spéciales qui n'ont pas peu contribué à faciliter notre tâche lorsque nous avons eu en vue la seconde partie de notre travail. Pour les indications du traitement de la claudication une fois permanente, définitive, nous avons pu juger de l'utilité et du mode d'application des appareils orthopédiques en assistant à la consultation d'orthopédie que dirige M. de Saint-Germain à l'Hôtel-Dieu.

Nous avons retrouvé un grand nombre des petits malades que nous avons vus à l'hôpital de la rue de Sèvres et d'autres venant soit de l'hôpital Trousseau soit de divers services pour obtenir les appareils destinés à pallier à leur claudication.

Ce sont ces notions de clinique infantile puisées à cette double source que nous avons essayé de présenter dans notre travail inaugural dont nous donnons ici un résumé.

Nous avons consulté avec fruit sur ce sujet les intéressantes leçons de M. Jules Simon (1) leçons qui ont inspiré la thèse de Barthez (2). Mais nous avons surtout mis à profit une leçon de notre cher maître, M. de Saint-Germain (3), une seconde inédite (février 1886) à laquelle nous avons eu la bonne fortune d'assister, ainsi que son enseignement de chaque jour tant au lit du malade qu'à la consultation externe ; c'est même là que nous avons trouvé le plus de documents relatifs à notre sujet. M. de Saint-Germain a, depuis longtemps, pris l'excellente mesure de faire venir dans la salle, tous les vendredis, les enfants amenés pour une claudication de nature un peu difficile à élucider, de

---

(1) Jules Simon. *Gazette des Hôpitaux*, 1879. *Gazette médicale*, 1880, p. 243.

(2) Barthez. *Thèse de Paris*, 1880.

(3) De Saint-Germain. *Journal des maladies de l'enfance* (avril 1885).

à la comparaison des diverses boiteries examinées même séance ressortent très souvent des points du plus grand intérêt pour l'étude.

Nous en avons eu à consulter les différents ouvrages sur la matière, parmi lesquels nous ne citerons que le plus récent ; pour la coxo-tuberculose du professeur Lannelongue, luxations congénitales et enfin au point de vue de la marche le livre de Bouvier (1), celui de Malgaigne (2) et celui de M. de Saint-Germain (3).

La claudication est un phénomène facile à observer : elle est due à l'inégalité des oscillations du corps pendant la marche, due à l'inégalité de longueur ou à l'impairissement d'un des deux membres inférieurs.

À l'étude de la claudication chez les enfants est due l'attention de deux considérations suivantes : les causes de la claudication sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte ; l'attention d'un enfant atteint de boiterie est plus attirée par la claudication que par la marche anormale, suite de l'insuffisance des renseignements que l'on donne au malade tant au point de vue du mode d'évolution de l'affection qu'au point de vue des réponses à attendre de lui lors d'une exploration méthodique.

La fréquence des causes de claudication dans le jeune âge est due par la fréquence à cette période de la vie des affections du système locomoteur (maladies des membres, arthrites et surtout des os), des affections du système nerveux, auxquelles il faut ajouter encore les malformations.

En raison de la complexité des phénomènes qui constituent la claudication, dont le mécanisme est encore un sujet d'étude pour les physiologistes, on se rendra compte de la difficulté de la claudication que prendront les lésions et les troubles

---

(1) *Maladies de l'appareil locomoteur*, 1858.

(2) *Leçons d'orthopédie*, 1865.

(3) *de Saint-Germain, Chirurgie orthopédique*, 1883.

fonctionnels de chacun des organes ou des systèmes mis en jeu pendant l'accomplissement du pas.

Ces préliminaires rapidement posés, sans nous arrêter à des considérations générales sur la claudication, ses effets sur l'organisme et principalement sur le rachis, nous entrons dans l'étude clinique du sujet : la boiterie ou la claudication des enfants.

On doit attacher une extrême importance au mode d'examen d'un enfant qui boite ; il est de toute nécessité de faire un examen méthodique et complet. L'enfant doit être dépouillé de ses vêtements ; on le fait coucher sur un plan horizontal et dans la rectitude. On examinera d'abord le membre du côté sain afin d'éviter les douleurs et les contractures qui ne manqueraient pas de résulter des mouvements imprimés au membre lésé et par suite provoqueraient les cris de l'enfant dès le début de l'examen.

Il faut examiner les diverses régions du membre abdominal et remonter jusqu'au bassin et à la colonne vertébrale en s'adressant tour à tour à tous les appareils. On se renseignera ainsi sur la liberté et sur l'étendue des divers mouvements, et on pourra rechercher les sensations douloureuses provoquées et par la pression et par les mouvements.

On s'attachera surtout à savoir s'il y a inégalité de longueur, douleur ou contracture dans l'un des membres inférieurs, chacune de ces conditions rendant compte de l'inégalité de la marche.

Si l'examen doit être long ou douloureux, le chloroforme rendra des services en permettant un examen plus minutieux.

On doit avoir présent à l'esprit ce fait que la valeur sémiologique de la claudication en elle-même est restreinte et que le diagnostic doit reposer sur les trois points suivants qu'il faudra successivement élucider.

- 1° Dans quelles conditions est survenue la claudication ?
- 2° Quels sont les caractères particuliers qu'elle revêt ?
- 3° Quels sont les symptômes physiques et fonctionnels

## VUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

l'examen local ? En d'autres termes, on devra, commémoratifs, regarder marcher l'enfant et suite à l'examen méthodique et complet des cuisses, du bassin et de la colonne vertébrale. Passons à l'étude des causes de la claudication, qu'on a cherché à grouper ces causes de diver-

mon les range par appareils et il en donne la classification suivante (nous n'avons que très légèrement modifié).

La claudication peut être due à des affections :

1. Osseuses. A. Hanche (coxalgie, luxation congénitale), genou, cou-de-pied (contusions, arthrite, anky-

lose) : ostéites, périostites, fractures.

2. Articulaires : synovites des gaines, adénites.

3. Cérébrales : Paralysie infantile, paralysie d'origine cérébrale, diphtérie, névralgies.

4. Myopathiques : paralysie pseudo-hypertrophique, atrophies.

5. Traumatiques : lésions congénitales, douleurs de croissance : épiphysaires.

Le Dr Germain étudie successivement les lésions de chaque segment du membre inférieur et d'examiner chacune de ces régions : pied, cou-de-pied, genou, cuisse et hanche. L'attention doit tout d'abord être portée sur l'état d'intégrité physique ou sur l'existence de lésions dans les divers appareils ; peau, muscles, os, articulations ; puis renseigner sur l'existence de la douleur et sur les mouvements dans chaque segment du membre

Il a suivi une autre méthode. Sans nous astreindre à une classification difficile basée sur l'étiologie et dans laquelle on énumère des causes exceptionnelles ou banales à l'origine de lésions très fréquentes et de la plus haute importance diagnostique que comme pronostic,

nous n'avons pas non plus voulu adopter une classification basée uniquement sur le mécanisme parfois si complexe de la claudication et nous avons jugé beaucoup plus utile au point de vue pratique d'adopter une méthode pour ainsi dire mixte qui nous a permis de grouper de la façon suivante les claudications.

Nous avons envisagé à part deux affections, la coxalgie et la luxation congénitale. La première infiniment plus fréquente et de première importance dans l'enfance, affection qu'il est difficile parfois et si utile de dépister à son début.

La seconde, à laquelle on songe moins dans la pratique, à cause de sa rareté relative et qui est cependant d'un diagnostic facile, même si on s'en tient aux caractères de la claudication en elle-même.

Ces deux affections retranchées du cadre des causes de la claudication, nous avons groupé en trois catégories les autres affections selon qu'il y a prédominance de douleur, de contracture ou de laxité dans l'un des membres inférieurs. Nous avons ainsi à étudier les claudications qui s'accompagnent de douleurs, celles qui sont dues à une contracture ou à des raideurs, et enfin celles qui s'accompagnent de paralysie, de laxité des articulations ou d'atrophie, d'arrêt de développement.

Nous étant débarrassés de l'étude de la coxalgie où chacun de ces mécanismes de claudication peut être invoqué et de celle de la luxation congénitale où l'importance de la boiterie est si grande, nous avons aussi beaucoup simplifié l'étude des 3 classes de claudication par douleur, contracture ou paralysie.

Ces développements étaient nécessaires pour montrer l'idée qui nous a guidé dans le cours de notre étude. Sans attacher une importance trop grande au symptôme en lui-même, nous avons tenu à ne pas diminuer sa valeur et à tenir compte du mécanisme de la claudication autant que cela était possible dans une étude entreprise surtout au point de vue pratique.



is avons évité ainsi une énumération fastidieuse des reuses causes que nous aurions eu à signaler. Le problème se trouve ainsi posé :

aut éliminer la coxalgie, songer à la luxation congénitale alors seulement rechercher si la claudication s'explique par la douleur, par la rigidité ou par la mobilité trop grande dans un des segments du membre inférieur.

rons maintenant rapidement chacune des affections et l'abord la *coxalgie*.

extrême importance du diagnostic de la coxalgie, affection si fréquente dans l'enfance et dont les désordres laissent leur trace chez l'adulte, engage à lui donner la première place dans l'étude de la boiterie.

us avons vu que le mode de claudication était insuffisant pour révéler la cause et que c'est à la réunion des deux éléments de diagnostic : étude des commémoratifs, en local qu'il faut demander la solution du problème. us ne ferons que rappeler l'importance du mode de claudication : avant la claudication il y a de la gêne de la marche ; l'enfant traîne la jambe, se fatigue le soir ; après des alternatives la claudication, d'abord légère, s'installe définitivement.

caractères de la marche sont dus à l'attitude que prend le membre inférieur du côté malade ; il est porté en extension et rotation en dehors, il est trop long ; l'enfant se penche en marchant ; ses enjambées sont moins longues, il marche davantage d'un côté que de l'autre.

l survient de la douleur, ce qui arrive plus ou moins du début, la claudication est plus accentuée et elle est bien marquée s'il y a beaucoup d'allongement et une douleur très vive.

deux causes expliquent très bien le mécanisme de la claudication et les caractères qu'elle revêt.

symptômes fournis par l'examen local doivent être recherchés, l'enfant étant debout puis couché.

L'attitude que prend l'enfant dans la station debout est particulière; il repose plus volontiers sur la jambe saine, l'autre ne tarde pas à se fatiguer; quelquefois cela n'arrive qu'après un certain temps (signe de l'épreuve, Lannelongue); mais par le saut à cloche-pied (de Saint-Germain) on s'aperçoit de l'impotence d'un des deux membres inférieurs.

Si l'enfant est couché, il n'étend pas complètement la jambe du côté malade ou bien, il se produit une cambrure de compensation au niveau des lombes; si le genou est relevé, la cambrure disparaît, se corrige, s'il est appuyé contre le lit elle réapparaît. Du côté de la fesse, il y a un effacement du pli fessier. Les mouvements de la hanche sont limités par des contractures musculaires.

L'examen de la douleur provoquée (Lannelongue) a une grande valeur et renseigne sur les points osseux malades. Le toucher rectal (Cazin) donne aussi de précieux renseignements.

Nous voyons quelle importance ont les signes physiques; ce sont eux qui permettent de ne pas méconnaître la coxalgie, affection à laquelle on doit songer tout d'abord, lorsqu'un enfant boite ou qu'il accuse une gêne, une fatigue pendant la marche.

Dans la *luxation congénitale coxo-fémorale*, l'étude des commémoratifs et du mode de début est déjà fertile en renseignements.

L'enfant, de préférence une petite fille, a toujours boité mais il n'y a pas à relever dans les antécédents d'affections auxquelles on puisse attribuer cette boiterie. Cette claudication qui est indolente a des caractères si spéciaux qu'elle peut à elle seule faire présumer le diagnostic. C'est même le seul cas où la valeur de ce symptôme l'emporte sur l'examen local, ou du moins ait une égale importance. L'enfant se balance d'un côté à l'autre d'une façon excessive si la luxation est double, d'une manière plus inégale et avec pré-

dominance des oscillations d'un côté seulement si la luxation est unilatérale. A chaque pas le corps s'incline sur le côté et s'abaisse, est comme bercé sur les membres inférieurs comme point d'appui. L'enfant ne fauche pas, il ne cloche pas, il se dandine; sa démarche rappelle celle de certains palmipèdes.

Outre la boiterie, l'attitude est bien spéciale; on remarque qu'il y a une lordose excessive, les hanches sont élargies, le buste paraît plus court, les bras sont démesurément longs, tandis que les membres inférieurs et surtout les cuisses semblent raccourcis.

Si la luxation est unilatérale, la jambe du côté lésé est raccourcie et il se produit un pied bot équin de compensation.

L'examen local doit renseigner sur la recherche de la tête du fémur qui a abandonné la cavité cotyloïde. La palpation dénote la vacuité du pli de l'aîne et la présence dans la fosse iliaque, car la luxation iliaque est de beaucoup la plus fréquente, d'une partie mobile mais peu distincte qui n'est autre que la tête du fémur, car elle suit tous les mouvements imprimés à la cuisse.

Cette recherche pratiquée dans l'une et l'autre fosse iliaque montre si la luxation est unilatérale ou si elle est double.

Deux causes expliquent la claudication : le raccourcissement d'un ou des deux membres inférieurs, la non fixité de la tête du fémur qui, dans la majorité des cas, est très atrophiée et quelquefois même n'existe plus.

Nous en arrivons au groupe des claudications qui s'accompagnent de douleurs, aux claudications douloureuses. La douleur dans un point quelconque du membre inférieur provoque une impotence fonctionnelle.

La douleur entraîne rapidement des contractures qui ont pour but d'immobiliser le membre inférieur mais elle peut être étudiée isolément lorsque c'est elle qui domine la scène : si elle est spontanée on doit déjà porter son attention sur l'endroit douloureux en se rappelant la particularité si curieuse de la douleur du genou dans la coxalgie.

Le mécanisme de la claudication est facile à comprendre : le membre inférieur ne peut servir de colonne de sustentation ou bien il ne peut s'étendre ou se fléchir dans ses divers segments.

A cette classe de claudication appartiennent les contusions de siège variable, mais surtout fréquentes à la hanche, les névralgies, surtout la névralgie sciatique et les diverses affections inflammatoires. Ces dernières siègent en des points variables : ganglions, articulations, os. Ces adénites, arthrites, ostéites s'accompagnent de douleurs plus ou moins prononcées, et celles-ci déterminent la gêne fonctionnelle du membre inférieur.

Les signes physiques et surtout la recherche méthodique de la douleur à la pression ont une grande valeur pour déterminer l'organe ou le tissu lésé.

Dans les cas de coxalgie hystérique, affection qui survient à un âge plus avancé, chez les adolescents plutôt que chez les enfants, l'élément douleur prédomine tellement sur la claudication que cette hyperesthésie intéressant surtout les téguments, confine promptement les malades au lit.

Dans le groupe des claudications qui s'accompagnent de contracture nous avons à citer la contracture des adducteurs, la contracture du psoas, les diverses contractures au voisinage de foyers inflammatoires comme par exemple les abcès de la fosse iliaque.

Nous y rangeons les claudications par cicatrices vicieuses, les rigidités articulaires ou périarticulaires et les ankyloses. Toutes ces causes produisent la claudication par le mécanisme suivant : le membre inférieur du côté affecté est trop court pendant tous les temps de la marche lorsqu'il s'agit de soutenir le poids du corps. Le malade cloche de ce côté. Nous ne faisons que rappeler cette particularité de la contracture des adducteurs, affection du tout jeune âge, que la rigidité est ordinairement bilatérale et qu'elle se dénote par une impossibilité de placer les cuisses dans l'abduction.

Rappelons que lorsque la contracture siège dans les mus-

cles de la hanche on doit tout particulièrement explorer la fosse iliaque et l'articulation coxo-fémorale en se rappelant que la coxalgie se révèle dès le début par une contracture des pelvi-trochantériens. Ce n'est donc qu'après l'avoir éliminée qu'on songera à une autre affection.

Ici encore toute la valeur du diagnostic est tirée des résultats fournis par les signes physiques et non de la claudication.

Notre dernière catégorie comprend les claudications qui s'accompagnent de paralysie ou d'atrophie et nous y trouvons surtout des affections du système musculaire. A côté de ce groupe prennent place les affections articulaires dans lesquelles il y a laxité trop grande des ligaments et les malformations constituées par un arrêt de développement au membre inférieur.

Ici pas de douleur, pas de contracture, le défaut de solidité, de rigidité est le principal obstacle au fonctionnement du membre inférieur : impotence comme colonne de support du corps, impotence comme agent de locomotion.

Nous devons attirer l'attention sur la cause la plus commune, la paralysie atrophique. On devra s'enquérir des conditions dans lesquelles est survenue la claudication, en se rappelant qu'elle se rencontre surtout dans la première et la deuxième année, puis examiner les caractères de la boiterie ; on n'oubliera pas que la paralysie est souvent localisée aux extenseurs du pied sur la jambe.

L'examen des signes physiques et des mouvements montrera le degré des lésions.

La plupart des atrophies osseuses et des arrêts de développement sont dus à la paralysie infantile, cependant quelques cas paraissent ne pas devoir y être rattachés (observation de Terrillon).

Nous terminons par une dernière catégorie : les fausses claudications et la claudication simulée. Aux premières, nous rattachons les troubles de la marche dans la paralysie pseudo-hypertrophique et nous signalons en dernier lieu la

possibilité d'observer chez les enfant ou plutôt chez les demi-adultes, des cas de simulation de boiterie.

Dans la seconde partie de notre travail, nous avons cherché à établir les grandes lignes du traitement. Tout d'abord un grand nombre de claudications passagères ne rentreront pas dans notre étude. L'affection qui cause la claudication mérite un traitement à part et ce n'est pas au symptôme que doit s'adresser la thérapeutique. Nous éliminerons de suite les claudications douloureuses et symptomatiques, et il nous reste les claudications devenues permanentes, les unes curables, les autres incurables, nous éloignons encore les premières (genu valgum, pied bot, etc), et nous divisons le traitement des dernières de la façon suivante, d'après les indications (Voillemier).

Tantôt il faut corriger l'allongement.

Tantôt on doit suppléer au raccourcissement.

Tantôt il faut faire disparaître une mobilité anormale.

Ces indications sont remplies par divers appareils, empruntés la plupart à l'orthopédie.

Lorsqu'il s'agit de corriger un allongement, circonstance où on se trouve rarement placé, il suffit de rétablir l'équilibre en faisant porter au malade un talon plus haut du côté sain.

Parmi les moyens destinés à suppléer au raccourcissement d'un des membres inférieurs, c'est-à-dire dirigés contre la cause la plus fréquente de claudication, nous trouvons les appareils suivants : semelles plus ou moins élevées, brodequins ou bottines à talon de hauteur variable, grâce auxquels on peut corriger des raccourcissements même assez notables. Dans le cas où le raccourcissement est excessif comme par exemple s'il s'agit d'une ankylose très prononcée du genou, la jambe n'a plus assez de force pour supporter le poids du corps, on utilise alors la jambe à sellette avec laquelle le malade peut encore marcher en prenant point d'appui sur l'ischion.

Les appareils qui ont pour but de faire disparaître une

## REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

lé anormale, s'adressent à deux affections fréquentes en enfance; les luxations congénitales et les paralysies iques. Dans le premier cas, on peut pallier à la marche racieuse des malades et surtout éviter l'accentuation ions en employant une ceinture de cuir moulé qui se exactement au bassin et à la racine des cuisses; s'il e paralysies atrophiques, on conseillera selon les cas tines à contrefort latéral ou les brodequins dits à a.

es paralysies plus étendues, les appareils remonte- squ'à la ceinture en restant rigides ou en s'articulant au du genou selon qu'il y a avantage à tenir la jambe ou à lui conserver sa flexion.

terminer nous devons appeler l'attention sur ce fait traitement orthopédique n'est pas tout et qu'on retire s grands avantages des moyens accessoires qui s'adres- ix modifications anatomiques survenues dans le mem- lade, tandis que les appareils dont nous avons fait ération servent à pallier aux désordres physiques ts par ces lésions.

---

## REVUES DIVERSES

---

• **Rötheln** (De la roséole), par H. KLAATSCH. (*Zeitschrift für he Medicin.*, IX, *Archiv für Kinderheilkunde*, 1886, fasc. V). — L'auteur étudie spécialement deux épidémies de la première datant déjà de 1866, la seconde de 1885. Durant la e de ces épidémies, il eut l'occasion d'observer la roséole chez ts, dont 11 avaient été atteints peu de temps auparavant de rou- . 2 de scarlatine. — En 1885, il vit 40 cas de roséole, dont au moitié avait été précédée par la rougeole. — Ces 40 cas se par- ntre 17 familles.

séole présente tous les caractères d'une maladie bénigne; l'exan-

thème apparaît sans prodromes et se présente sous forme de taches d'un rouge très intense, disséminées à peu près régulièrement sur toute l'étendue du corps. On peut observer l'éruption sous deux aspects différents, tantôt elle consiste en de toutes petites macules, comme si l'on avait fait au moyen d'une plume, trempée dans de l'encre rouge, de petits points sur une feuille de papier buvard. D'autres fois on a affaire à des taches plus considérables, d'un diamètre de 0,5 à 1 centim. plus claires vers leur centre que sur la périphérie qui forme une zone foncée. Ces taches n'ont pas la forme arrondie de l'exanthème rubéolique; leurs bords sont irrégulièrement déchiquetés; dans leur intervalle on trouve toujours des portions de peau saine, cependant leur nombre est quelquefois si considérable que les bords se confondent, mais même dans ces cas, les lignes de démarcation qui séparent les macules ne disparaissent pas complètement. L'exanthème apparaît en premier lieu à la face, où il est toujours le plus intense, puis sur les épaules, et à la face antérieure des bras, il s'étend ensuite le plus souvent au reste du corps. L'intensité de la rougeur diminue ordinairement de haut en bas, de telle sorte que l'exanthème des jambes paraît bien moins net que celui du tronc. Dans certains cas, l'éruption épargne totalement certaines régions du corps, par exemple, la face; chez d'autres malades les taches sont disséminées sans ordre, sous forme de plaques irrégulières; il se peut, par exemple, que la peau de l'abdomen présente un certain nombre de grosses taches d'un rouge foncé, tandis que tout le reste du corps reste clair. Il n'est point rare non plus de trouver entre les taches discrètes, une rougeur erythémateuse diffuse qui donne à toute la surface de la peau, un aspect foncé comme si l'on était en présence d'une scarlatine. En règle générale, l'exanthème de la roséole ne devient jamais aussi confluent que celui de la rougeole; mais le plus souvent, les petites taches sont si rapprochées que certaines régions du corps paraissent recouvertes d'un vernis rouge. Sur ces taches rouges peuvent se développer un certain nombre de papules contenant un liquide séro-purulent.

L'auteur n'a jamais observé de taches pétéchiiales. L'éruption enfin n'est que très rarement le siège d'un prurit plus ou moins intense.

La période d'éruption est de beaucoup moins longue que dans la rougeole et la scarlatine. Déjà au bout de 12 heures, toute l'étendue du corps se trouve envahie. Il est rare que la période d'éruption dure au delà de 24 heures. L'exanthème disparaît rapidement, la maladie dure en moyenne 3 jours, mais dans les cas les plus intenses qu'on observe, il est vrai, fort rarement, la durée totale de la maladie peut dépasser



## QUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

moitié des cas, l'éruption est apyrétique; lorsqu'on re, celle-ci très modérée débute avec l'éruption et ne ont qu'un seul jour. L'état général reste bon.

lications de la maladie, il importe de citer l'injection la rougeur du pharynx, la tuméfaction des ganglions n'observe jamais la photophobie ou le larmolement. bucco-pharyngienne la rougeur est toujours uniforme aroi postérieure du pharynx, au voile du palais, aux partie la plus reculée de la voûte palatine. L'auteur n'a uleurs vives au niveau du pharynx. Les tuméfactions lions cervicaux et mastoïdiens sont exceptionnelles; par e dans la plupart des cas un gonflement plus ou moins gions axillaires et inguinaux. La maladie évolue favo s enfants robustes; elle peut devenir mortelle, particu s petits malades à constitution débile, lorsqu'elle se com nite, de pneumonie ou d'hyperhémie cérébrale. La ue peu considérable, ne fait aucun doute pour l'auteur. ation est de 14-17-22 jours, mais elle peut être plus

ur, l'exclusion de l'école pendant cinq semaines n'est maladie étant toujours bénigne. Cependant, M. Klaatsch l'instar de la scarlatine, cette maladie ne pourra pas ètre malin avec le cours des temps.

---

cher Befund beim Keuchhusten. (Examen laryngosco- xqueluche), par V. HERFF. (*Deutsches Archiv für cin*, T. XXXIX, nos 3 et 4. *Centralblatt für medicin*—

— L'auteur, pratiquant des examens laryngoscopiques e cours de la coqueluche, a constaté que durant toute la ueuse laryngo-trachéale était le siège d'une inflamma- , qui se prolongeait en bas jusqu'au niveau de la bifur- hes. Les altérations inflammatoires étaient particulière- r la muqueuse des cartilages aryténoïdes, de Santorini

Mais c'est surtout dans la région interaryténoïdienne, érieure du larynx, dans l'espace compris entre les cordes ocessus était particulièrement marqué. L'hyperhémie se a trachée et ne s'arrêtait qu'au niveau de la bifurca- s. L'examen laryngoscopique a toujours montré que, pen-

dant l'accès de toux, il se produisait une accumulation de mucosités sur la face postérieure du larynx, au niveau de la glotte. Arrivait-on à éloigner ce bouchon muqueux, immédiatement l'accès de toux cessait.

Lorsqu'on touchait avec une sonde la région interaryténoïdienne, surtout dans sa partie inférieure, il survenait régulièrement un accès de toux convulsive. L'irritation de la partie inférieure de l'épiglotte amenait également un accès des plus nets, quoique moins violent. Par contre, l'attouchement des autres régions du larynx n'était jamais suivi d'un véritable accès de coqueluche.

Ces recherches concordent, dans leurs points les plus importants, avec les résultats laryngoscopiques obtenus par MEYER-HUNI, dans des conditions identiques. Ces auteurs paraissent donc avoir déterminé d'une façon précise le siège de la toux dans la coqueluche. ROSSBACH, dans un travail antérieur, était arrivé à des résultats tout différents. Il estime que la muqueuse laryngienne reste absolument normale durant tout le cours de la coqueluche, et que ce sont les bronches de gros calibre qui seules deviennent le siège d'un catarrhe plus ou moins intense. Suivant lui, la coqueluche est une névrose d'origine réflexe, ayant son centre dans la moelle.

---

**Ein Fall von Ponstuberkei.** (Un cas de tumeur tuberculeuse du pont de Varole), par E. BRUNS. (*Neurologisches Centralblatt.*, 1886, n° 7). — Un petit garçon âgé de deux ans et demi, dont les deux oreilles moyennes étaient depuis plusieurs mois le siège d'une suppuration intense, de nature tuberculeuse, présente subitement une paralysie complète de l'abducteur gauche accompagnée d'une parésie du muscle droit interne. Anesthésie de la cornée et de la conjonctive particulièrement nette à gauche. Dans le reste du département innervé par le trijumeau la sensibilité à la douleur était intacte. Faiblesse des muscles du cou et de la nuque. Parésie avec contracture et exagération des réflexes au niveau des extrémités droites, mais sans aucun trouble de la sensibilité. A ces symptômes s'ajoutaient de la céphalalgie, de la somnolence, une faiblesse générale considérable et enfin de la stase papillaire. Le malade mourut par épuisement.

A l'autopsie, on trouva en plusieurs points de l'écorce cérébrale des tubercules isolés, peu volumineux. Dans le pont de Varole, à 3 centim. en avant du calamus scriptorius, le plancher du quatrième ventricule présentait une voussure ovale constituée par une tumeur tuberculeuse qui occupait presque toute l'étendue de la protubérance annulaire. Une

zone étroite, avoisinant le plancher du quatrième ventricule à droite était seule restée intacte.

---

**Ein Fall acutester tödtlicher Hämoglobinurie beim Neugeborenen.** (Un cas d'hémoglobinurie suraiguë, mortelle, chez un nouveau-né), par C. SANDNER. (*Müncher med. Wochenschrift*, 1886, n° 24). Un petit garçon bien robuste pesant 3,580 gr. au moment de sa naissance, très bien portant jusqu'au 3<sup>e</sup> jour de sa vie, présenta le matin du 4<sup>e</sup> jour, une respiration excessivement faible. A ce moment, la peau était, sur toute l'étendue du corps, d'une coloration noire, les muqueuses étaient également d'un brun noirâtre, enfin, au niveau des conjonctives, coloration ictérique très accusée. L'urine, dont on ne put recueillir que quelques gouttes était fluide, très foncée; elle ne fut pas examinée au microscope. L'enfant mourut le jour même.

A l'autopsie, le cœur fut trouvé normal. La rate était augmentée de volume, d'une coloration noire, foncée; à la coupe, on trouva dans les mailles du tissu splénique une masse considérable de globules rouges. Du côté des reins, hyperhémie intense; sous la capsule, coloration noire, produite par de nombreux exsudats sanguins de petit volume. Examinés au microscope, ces exsudats paraissaient presque homogènes, d'un rouge foncé; on ne trouva plus trace de globules rouges en voie de dégénérescence.

Macroscopiquement, la substance corticale et les pyramides paraissaient d'une coloration rouge foncé. Au microscope, l'espace interne des capsules de Bowmann, ainsi que la lumière des canalicules urinaires étaient complètement obstrués de masses granuleuses d'un rouge brun, constituées en partie par des globules rouges qui présentaient légèrement la coloration de la sépia. Suivant l'auteur, on ne saurait supposer que ces altérations aient été produites par un empoisonnement quelconque. Il admet qu'il s'agit ici d'un cas de maladie de Winkel (Cyanosis afebrilis ictERICA pernicioSA cum hämoglobinuria).

---

**Ueber die Anwendung von Darmirrigationen bei Icterus catarrhalis.** (Des irrigations intestinales dans l'ictère catarrhal par M. KRAUS. (*Archiv für Kinderheilkunde*, 1886, T. VIII, fasc. I. — M. Kraus, sur les conseils du professeur Monti, a pratiqué chez 1

fants atteints d'ictère catarrhal, des irrigations intestinales qui lui ont donné d'excellents résultats.

Les irrigations d'eau froide, à la température de 12 à 18° R., sont très bien supportées par les enfants. La quantité d'eau à injecter varie avec l'âge de l'enfant. La quantité minima est de 1 litre; il importe de ne pas dépasser 2 litres. L'eau à 12° R. occasionne presque toujours des coliques plus ou moins intenses; cet inconvénient ne se produit pas lorsqu'on emploie de l'eau à la température de 15 à 18°. Chez les tout jeunes enfants, à constitution débile et à tempérament nerveux, il est bon de se servir dès la première irrigation de l'eau à la température de 15 à 18°. La diarrhée, qu'elle ait préexisté ou qu'elle soit survenue seulement dans le cours de ce mode de traitement, n'est nullement une contre-indication à l'emploi des irrigations. Dans l'immense majorité des cas, 4 à 5 irrigations amènent la guérison de l'ictère. L'auteur n'a jamais observé aucune complication chez ses 19 malades, à la suite des irrigations. Au bout de 2 à 3 jours de traitement, l'appétit réapparaît; les malades ne se plaignent plus d'aucun malaise, et les matières fécales reprennent leur coloration normale. Il ressort de tous ces faits que les irrigations amènent plus rapidement la guérison de l'ictère catarrhal, que les agents médicamenteux administrés le plus habituellement.

---

**Ueber Leberabscesse im Kindesalter.** (Des abcès du foie dans l'enfance), par A. BERNHARD. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. XXV, fasc. 4, 1886.) M. Bernhard rapporte trois observations très intéressantes d'abcès du foie, qu'il a pu observer à Strasbourg, dans la clinique du professeur Kohts.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, il s'agit d'un jeune garçon âgé de 10 ans, issu d'une famille robuste, et lui-même toujours bien portant. Le 27 octobre 1884, il présente tout à coup des frissons fort violents, des douleurs abdominales très intenses et des vomissements biliaires. A son arrivée à la clinique, 13 jours après le début de la maladie, on constate que l'abdomen est le siège d'une douleur excessivement intense, principalement au niveau de la région iléo-cœcale et de l'hypogastre droit; mais c'est seulement à partir du 22<sup>e</sup> jour de la maladie que le côté droit de l'abdomen fait une légère saillie au dehors. La fièvre avait tous les caractères d'une fièvre pyohémique; elle était intermittente et s'élevait certains jours jusqu'à 40°,8, et s'accompagnait de frissons répétés. A ces symptômes s'ajoutait une légère constipation. Le pouls au début plein et tendu,

devint plus tard, mou et petit, sa fréquence s'éleva à 128 pulsations par minute. La respiration accélérée, 40. Au niveau de la rate, matité étendue, et, de fait, à la pression. Rien d'anormal du côté des poumons et des reins.

Pendant les derniers jours de la maladie, les frissons, les vomissements verdâtres qui s'étaient arrêtés, reprirent à nouveau. Le malade succomba le 25<sup>e</sup> jour de sa maladie. Jusqu'à la fin les fonctions intellectuelles étaient restées normales.

Du vivant du malade, on avait établi le diagnostic de pérityphlite avec péritonite secondaire généralisée. On avait bien pensé un moment à l'existence d'abcès dans le foie, mais l'absence d'un certain nombre de symptômes importants, principalement de l'ictère et de l'augmentation de volume du foie, laissa des doutes au sujet de ce dernier diagnostic.

A l'autopsie, pratiquée par le professeur von Recklinghausen, on put constater une péritonite diffuse, fibrineuse et purulente et de la pérityphlite; mais à côté de ces lésions, il existait, en outre, une pyléphlébite secondaire, et une série d'abcès, gros comme une cerise, logés dans la face supérieure du lobe droit et dans la face inférieure du lobe gauche du foie. La péritonite, grâce à son énorme étendue, avait masqué pendant la vie les autres complications.

Le point de départ de ces diverses altérations a été une pérityphlite; mais, la cause de cette dernière maladie est restée inconnue; il n'existait ni calcul fécal ni corps étranger quelconque, ni perforation.

Le 2<sup>e</sup> cas d'hépatite suppurée concerne un garçon de 12 ans, très vigoureux, qui entra dans le service du professeur Kohts pour une fièvre typhoïde à évolution normale. Le 21<sup>e</sup> jour de sa maladie, alors que la fièvre typhoïde paraissait être à son déclin, il survint des vomissements répétés qui furent mis sur le compte d'une angine concomitante.

Mais le 27<sup>e</sup> jour, le petit malade fut pris subitement d'un frisson violent accompagné d'une augmentation de température considérable (41°,1). Deux jours plus tard, douleur vive au niveau de la région du foie. En même temps toute la région douloureuse se tuméfia notablement. Cette tuméfaction, de consistance élastique, donnait un son mat à la percussion et s'étendait à gauche jusque vers l'ombilic. Pas de fluctuation; pas d'ictère. La rate n'était pas augmentée de volume, les veines épigastriques ne présentaient aucune dilatation. La fièvre d'abord continue et

assez élevée (39°,7), prit dès le 3<sup>e</sup> jour qui suivit le frisson initial un caractère intermittent avec des rémissions matinales. Le frisson ne se renouvela pas. Le 35<sup>e</sup> jour de la maladie, mort avec les symptômes du collapsus.

A l'autopsie on trouva des traces d'ulcérations intestinales de nature typhoïdique, et des abcès du foie d'origine pyléphlébitique. Cette pyléphlébite provenait manifestement de la suppuration des ganglions ileo-cæcaux. C'était principalement le lobe droit du foie qui présentait une hypertrophie notable ; sur sa convexité, en rapport avec le diaphragme qui adhérait au foie par des tractus cellulaires, se trouvaient 8 à 10 noyaux proéminents, d'une coloration vert brunâtre, donnant à la pression une sensation de fluctuation très nette.

Les lésions ci-dessus donnent la clef des phénomènes morbides que le malade a présentés pendant sa vie. Le frisson initial qui est survenu le 27<sup>e</sup> jour de la maladie a coïncidé avec le début des poussées inflammatoires de la veine porte ; l'état fébrile à type continu qui a été observé pendant les trois jours suivants a été la manifestation de la pyléphlébite, enfin le début de la suppuration hépatique a été indiqué par les accès de fièvre intermittente. Comme chez le premier malade, l'ictère a fait défaut, par contre, le foie faisait une saillie très nette au dehors. Enfin, il n'existait pas d'hypertrophie de la rate.

Les cas de pyléphlébite sont très rares dans l'enfance, l'auteur n'a pu recueillir dans la littérature que deux cas de cette maladie. L'un d'eux publié par BURDER (*The Lancet*, 1874, II, p. 552) a été consécutif aux ulcérations des plaques de Peyer dans le cours d'une fièvre typhoïde ; l'autre, observé par LÖSCHNER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1859, p. 140) a été produit par une obstruction des voies biliaires ayant amené une stase considérable dans la circulation de la veine porte.

Dans le 3<sup>e</sup> cas d'abcès du foie, qui a été observé à la clinique du professeur Kohts, il ne s'agit plus d'une pyléphlébite, mais d'une hépatite suppurée primitive. Voici cette observation résumée dans ses lignes principales :

Un garçon bien portant, est pris, à la suite d'un refroidissement, de toux, de mouvements fébriles accompagnés de sueurs nocturnes et d'une douleur assez intense au niveau du côté droit du thorax. Constipation ; perte de l'appétit. Il est admis à la clinique quatre semaines après le début de ces accidents. A ce moment, on observe chez lui une fièvre irrégulière, rémittente, avec des exacerbations vespérales (37,8 à 40,3). Le pouls variait de 88 à 140, la respiration oscillait entre 32 et 56. A l'exa-

thorax on constate un exsudat pleurétique intense, une ponction dans le 7<sup>e</sup> espace intercostal amène l'évacuation de près grammes de liquide épais, d'un brun verdâtre, d'une odeur fétide. Le de cette ponction, la matité reste la même, mais la pointe du i, avant l'opération, était déplacée dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal la ligne axillaire, remonte un peu et devient perceptible dans pace intercostal, au-dessous du mamelon. La dyspnée persiste et, en outre, à l'œdème qui primitivement était localisé à la pau- site, s'ajoute un empatement considérable de la paroi thoracique e côté. On pratiqua alors la résection d'une portion de la 6<sup>e</sup> et de e, mais la cavité pleurale ne renfermait que du liquide séreux. ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz dans le 7<sup>e</sup> intercostal, ayant donné issue à du pus, on réséqua encore la 9<sup>e</sup> l'on mit ainsi à nu une poche purulente du foie qui présentait ne de deux poings. Le malade succomba 3 jours après cette der- ration.

atopsie, on put constater un abcès volumineux du foie qui s'étend- bord postérieur jusqu'à la partie médiane de cet organe. A côté de eurésie droite avec de nombreuses adhérences, et péritonite fibri- econdaire. La veine porte, la veine cave et les voies biliaires ne aient aucune altération. Il n'existait également aucune lésion du s artères hépatiques.

D<sup>r</sup> G. BOEHLER.

che sul microparassita del vaiuolo (Recherches sur le micro- e de la petite vérole), par A. MAROTTA, in *Rivista clinica e utica*. Naples. Nov. et Déc. 1886. — Voici les conclusions de ortant travail accompagné de 10 figures en deux planches.

existe constamment, dans les lymphes des vésicules varioliques ore pustuleuses, une seule espèce de micro-organisme et un ceus spécial, le *micrococcus tétragone*. Dans les pustules, on ussi d'autres micrococci, en particulier le *micrococcus albus* ble conforme à celui qui a été décrit par les auteurs et considéré ar eux comme le microparasite spécifique de la variole.

elques observateurs (Klebs, Cohn, Bareggi) ont déjà entrevu ce d'un micrococcus tétragone dans le pus varioleux, mais ne i isolé et ne lui ont pas donné l'importance qu'il mérite, le

considérant, soit comme un fait accidentel (Cohn), ou comme un temps d'arrêt dans le processus de reproduction par scission (Bareggi).

3° Les micrococcus, assez peu considérables en taille, décrits par ce dernier, et considérés comme des taches dans les cultures, sans qu'on ait pris la peine de les isoler, de même que ceux que A. Marotta (l'auteur) a notés avant d'avoir trouvé de meilleurs procédés de coloration, sont dus probablement à la teinte foncée de la substance unissante intermédiaire qui ne laisse pas voir les quatre micrococcus qu'elle contient.

4° Le micrococcus tétragone, étudié par A. Marotta, se cultive très bien dans la gélatine nutritive et dans l'agar-agar rendus très alcalins, dans le sérum de bœuf coagulé et sur le blanc d'œuf cuit, mais il ne se développe pas sur les pommes de terre, même si la greffe provient d'une colonie artificielle des micrococcus tétragones.

5° Le micrococcus tétragone de la variole vit mieux dans un milieu peu alcalin, après ses premières cultures artificielles, dans des substances rendues graduellement moins alcalines.

6° Les colonies qu'on obtient par sa culture sont d'une belle couleur jaune orange, brillantes, épaisses sur la surface de culture. Elles atteignent leur maximum d'épaisseur sur l'albumine cuite de l'œuf (4 millimètres).

7° Le développement des colonies est lent dans la gélatine nutritive. (un peu plus d'un mois pour atteindre le maximum). Il est rapide dans le sérum du sang coagulé à la température de 37° cent.

8° Le micrococcus tétragone fond assez lentement la gélatine nutritive et le sérum du sang coagulé. La première commence à fondre au bout d'un mois, à la température de 21° centig.; la fusion se termine dans les 20 jours qui suivent; le second commence à fondre au bout de deux ou de cinq jours, suivant que l'éprouvette est soumise à une température de 37 ou de 21° centig. En un mois, la fusion du sérum est presque complète.

9° La gélatine et le sérum du sang ont une réaction alcaline intense après la fusion.

10° Le développement du micrococcus tétragone oscille entre 16 et 43° centig.; son maximum est à 39°.

11° Les inoculations pratiquées sur le veau, même avec la septième génération de culture, produisent sur cet animal des pustules parfaitement identiques aux pustules vaccinifères, donc le micrococcus tétragone, qui se trouve dans les pustules varioleuses, est bien le micrococcus spécifique de la variole.



12° Les inoculations pratiquées dans la peau des chiens sont négatives, même quand on s'efforce de rendre le sang plus alcalin.

13° Les inoculations pratiquées dans le tissu conjonctif sous-cutané des lapins et des cochons d'Inde, à la dose de deux grammes de culture pour les premiers, de la moitié pour les seconds, ne produisent aucune lésion spécifique, ce qui revient à dire que le micrococcus tétragone n'a rien de commun avec les micrococcus pyogéniques.

14° *Conclusion thérapeutique.* La cure des acides se trouve indiquée par la facilité du développement dans les milieux alcalins.

Une notice historique et un index bibliographique sont joints à ce travail.

---

**On the Treatment of Infantile Paralysis (Du traitement de la paralysie infantile),** par le Dr William MURREL, in *the Lancet*, décembre 1885. D'après le Dr Murrel, il y a beaucoup à faire, surtout au début, quoique le traitement ait souvent besoin d'être prolongé pendant des mois. Pendant la période fébrile qui marque ordinairement le commencement de cette affection, le malade doit être tenu au lit et dans l'obscurité. Un laxatif sera administré et une alimentation très légère donnée. L'aconit fera bien, à ce moment, par petites cuillerées d'une mixture de cinq gouttes de teinture dans 60 grammes d'eau, toutes les heures, pour les 3 ou 4 premières doses, ensuite, toutes les 2, 3 et 4 heures, jusqu'à ce que la température soit devenue normale. S'il se présente des convulsions, il faudra donner les bromures à fortes doses.

Une fois la crise aiguë passée, l'enfant peut se lever et être mis à un régime fortifiant. On lui appliquera de petits vésicatoires sur la colonne vertébrale ou de la teinture d'iode, et on lui administrera de petites doses de *physostigma* (extrait de fève de Calabar), sous forme de pilules contenant un centigramme. On en donne d'abord trois par jour et le nombre en est ensuite graduellement accru de manière à en donner une toutes les deux heures. Après six semaines d'usage du *physostigma*, il est bon de combiner avec chaque dose environ deux dix-milligrammes, au plus, de phosphore.

Aussitôt que les symptômes aigus se sont calmés, c'est-à-dire trois ou quatre jours après le début de l'attaque, il faut commencer immédiatement une série de massages systématiques consistant en . 1° *Effleurage*, avec la paume ou le bord radial de la main, de la périphérie au centre; 2° *friction*, avec la pulpe des doigts mus circulairement, en combinant leur

action avec une friction douce centripète; 3° *pétrissage*, qui consiste essentiellement à prendre une portion de muscle ou d'autre tissu avec les deux mains ou avec les doigts d'une main, à la comprimer fortement tout en la faisant tourner entre les doigts et les parties subjacentes; 4° *tapotement*, exercé avec la paume des mains ou avec leur bord cubital, ou avec le bout des doigts.

Le premier effet favorable de ce traitement, qui ne manque jamais, est le réchauffement des parties atteintes. Cet accroissement de température est bientôt suivi d'une amélioration dans l'état des tissus et le mieux général devient visible. Il faut pratiquer le massage, d'abord cinq ou six fois par jour, dans des séances de cinq à dix minutes, dont la durée doit être accrue à mesure que le malade devient plus capable de les supporter. Le massage ne doit pas porter seulement sur l'épine dorsale et sur le dos, il doit aussi comprendre les membres paralysés. A mesure que le mieux s'établit, l'application des courants interrompus aux muscles devient indiquée et dans tous les cas les courants continus le long de la colonne vertébrale font du bien. Les reconstituants (huile de foie de morue, extrait de malt, phosphates) sont des adjuvants utiles du traitement. Le malade sera enveloppé de flanelle de la tête aux pieds. Les bains salés chauds lui seront utiles.

---

**On Capillary Embolism of Brain and Spinal Cord (Embolies capillaires expérimentales du cerveau et de la moelle épinière. Résultats négatifs par rapport à la chorée. Confirmation indirecte de l'origine ordinairement rhumatismale de cette affection),** par le Dr MONEY, dans le *Brit. Med. Journ.* de juillet 1886. — Les expériences du Dr MONEY ont été faites sur des singes. Des embolies artificielles ont été injectées par lui dans la carotide primitive, suivant la direction du courant sanguin. (Liquide consistant en une petite cuillerée à café d'eau saturée de fécule de pommes de terre). Il y a eu 13 expériences en tout. Une première série à une goutte du liquide (3 exp.). Pas de désordre du mouvement pendant une période de 3 mois.

Une seconde série à 3 gouttes (2 exp.); pas de mouvements, hémiplegie tendant par la suite à disparaître.

Une troisième série de 5 à 7 gouttes a produit de l'hémiplegie, des mouvements cloniques. D'autres corps étrangers, de la farine de moutarde, de la craie en poudre, mêlés à de l'eau distillée, ont été injectés amenant de l'hémiplegie, de la roideur du côté opposé à l'injection et même la

mort de l'animal en expérience, mais pas de mouvements.

Les lésions trouvées chez les animaux sacrifiés, à la suite de doses moyennes (3 gouttes) ont été : une légère circonvolution affectée; on a pu découvrir à l'aide du microscope des zones superficielles de ramollissement; on a vu aussi les cellules à l'intérieur de grains de fécule. Les animaux soumis aux fortes doses ont présenté à l'autopsie une atrophie considérable de quelques circonvolutions. Il est à noter qu'il ne s'agissait pas des circonvolutions motrices.

Il semble résulter de là que la chorée n'est pas produite par une lésion des cellules. Le Dr MONEY ne pense pas non plus que la chorée soit un trouble fonctionnel. Il croit qu'elle est due, dans le plus grand nombre des cas, à une localisation rhumatismale dans les centres nerveux. Voici les propositions qu'il émet à ce sujet.

1° La chorée, chez l'homme, est généralement d'origine rhumatismale, quoiqu'elle puisse avoir une source spinale dans un petit nombre de cas.

2° La lésion qui produit le plus habituellement la chorée est la rhumatisme du tissu conjonctif périvasculaire dans les cellules motrices du cerveau et de la moelle.

3° L'embolie ne peut être cause de la chorée que dans des cas très rares.

4° La chorée peut être aussi quelquefois produite par une lésion cérébro-spinale, est alors le résultat d'un trouble moléculaire dans l'apoplexie cérébro-spinale.

**Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire**, par le Dr GEORGES SANDOZ, ancien interne des Enfants à Berne. Dans la *Rev. méd. de la Suisse* du 15 déc. 1886.

Plusieurs pathologistes admettent comme probable l'influence de la syphilis dans le développement de l'hydrocéphalie interne. Parmi d'autres causes nombreuses de cette affection, soit congénitale, soit acquise, dans les premiers mois de la vie.

Fournier a fait remarquer la fréquente coïncidence de la syphilis chez le père et de l'hydrocéphalie chez les enfants, sans conclure que l'hydrocéphalie résulte d'une infection de nature spécifique.

D'autres auteurs, comme Diday, ne veulent voir aucun rapport entre la syphilis héréditaire et l'hydrocéphalie.

Le Dr Georges Sandoz, ayant eu l'occasion d'observer des hydrocéphalies syphilitiques à l'hôpital des Enfants de Berne, et encouragé par le

professeur Demme qui possède des observations analogues, a entrepris de traiter ce sujet encore intact, car la description complète de l'évolution clinique et des lésions de l'hydrocéphalie chez les enfants syphilitiques ne se trouve nulle part. Bärensprung en a seulement cité quelques observations dans sa monographie (1).

Après avoir rapporté quatre observations personnelles et cinq observations empruntées à Bärensprung, le Dr Sandoz constate que les cas rapportés par lui sont bien des cas de syphilis héréditaire et que l'action d'aucune des causes habituellement invoquées pour rendre compte de l'hydrocéphalie n'a été démontrée ; il s'attache ensuite à exposer les caractères principaux de l'hydrocéphalie spécifique.

1° L'hydrocéphalie spécifique peut être congénitale. (Voir les cas de Bärensprung).

2° Les affections syphilitiques de la peau précèdent le développement de l'hydrocéphalie. (Obs. de Sandoz et de Bärensprung).

3° Les symptômes, soit physiques, soit fonctionnels, de l'hydrocéphalie spécifique sont ceux décrits dans l'hydrocéphalie congénitale et chronique.

4° La marche de la maladie semble avoir un caractère plutôt rapide, même malgré un traitement spécifique, sans cependant qu'on observe des symptômes fébriles aigus. En particulier, la circonférence de la tête augmente rapidement,

5° Les lésions constatées dans l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie congénitale et chronique se retrouvent dans l'hydrocéphalie spécifique mais avec des particularités. Soit :

a. Une forte injection vasculaire des méninges, une forte dilatation de tous les ventricules, surtout des ventricules latéraux.

b. Une lésion constante de l'épendyme ventriculaire, vascularisé, épaissi par places, mat, de couleur jaunâtre, comme recouvert de grains de sagou, et des plexus choroïdes gorgés de sang œdémateux (fait particulier et important). Des lésions de l'épendyme ont été constatées plusieurs fois déjà par divers auteurs. Birch-Hirschfeld considère les épaissements inflammatoires de l'épendyme et des méninges comme étant probablement de nature syphilitique. Steffen trouve dans un cas de syphilis héréditaire une inflammation du plexus choroïde et de l'épendyme et Virchow également.

Le pronostic est douteux. La mort a été inévitable dans trois cas malgré le traitement.

---

(1) Bärensprung, Die hereditäre Syphilis, Berlin, 1864.

## REVUE DES MALADIES DE L'1

itement spécifique parait cependant avoir eu une influence, non seulement sur l'état général, les affections de la peau et neuses mais aussi sur l'hydrocéphalie qui, au dernier examen de était restée stationnaire.

omme, d'après le Dr Sandoz, il existe une hydrocéphalie lique congénitale ou se développant dans les premiers e la vie. Sa cause réside probablement dans une inflam- spécifique de l'épendyme ventriculaire et des plexus.

---

caina nella clinica pediatrica. (La cocaïne dans la clinique ). — Extrait résumé d'une Revue générale sur la cocaïne par relio BIANCHI dans *Lo Sperimentale* de novembre 1886. — ier qui a étudié largement l'application des préparations de coca apeutique des maladies infantiles est le Dr Pott de Breslau (1). ontré que la teinture de coca (1 partie de feuilles et 5 parties d'al- née à 50 petits enfants au-dessous de deux ans, dans des cas d'en- gères ou fortes, de colites, de gastro-entérites et même de choléra à la dose de 5, 10, 15 ou 20 gouttes toutes les heures ou toutes heures dans de l'eau sucrée ont produit un bon résultat avec peu arcotique. Ces bons services rendus dans les maladies intestinales rtout remarquables dans les cas de collapsus du choléra nostras. isi un excellent stomachique, mais il est sans action dans les affec- vulsives. Dans le choléra nostras, on n'administre pas moins de ites (à doses espacées) avant de voir cesser le vomissement et la

ait de coca a été donné en pilules à la dose de 0,005 à 0,01 d'ex- eune (3 à 6 pilules pour des enfants de 6 à 15 ans). L'extrait a la ction que la teinture et semble utile dans les formes spasmodiques oses, dans l'hystérie et dans l'épilepsie. Il y a eu quelquefois de teur de tête et de la constipation.

jections hypodermiques d'une solution aqueuse de cocaïne (1 à rammes) ont amené de l'insensibilité à la douleur. Le badigeonnage solution de cocaïne à 10 p. 100 a produit une anesthésie gus- une insensibilité totale sur toute la langue.

fait le badigeonnage du fond de la gorge avec des solutions 0 p. 0/0, dans le catarrhe et les inflammations de cette région et

aussi dans les paroxysmes de suffocation des pharyngo-laryngites et du spasme de la glotte. Dans la coqueluche, d'après Pott, le badigeonnage de l'arrière-gorge avec des solutions à 5 0/0, pratiqué deux ou trois fois par jour a réduit le nombre des accès de 20 à 3 ou 4 en 24 heures.

L'application la plus féconde de la cocaïne à la thérapeutique des enfants a été faite dans la cure de la coqueluche par Prior, par Labric et Barbillion, par Moncorvo, par Cadet de Gassicourt ; ils se sont bornés à des badigeonnages avec des solutions plus ou moins puissantes.

Prior (1) avec le badigeonnage au moyen de solutions à 10 ou 15 0/0 a vu diminuer le nombre, l'intensité des accès et même la durée de la maladie.

Labric et Barbillion, (2) dans 5 cas de coqueluche, ont vu sous l'influence de badigeonnages (2 à 4 fois par jour), à l'isthme du gosier, au niveau des amygdales et à la base de la langue, avec la solution à 1/20 se calmer promptement les accès et cesser les vomissements alimentaires, mais ils ont remarqué que les effets utiles étaient passagers. La première instillation était accompagnée d'un accès de toux qui ne se répétait pas à la seconde. Il a paru indiqué à ces auteurs de diminuer le nombre des badigeonnages, à mesure que diminuait le nombre des accès de toux, pour ne pas favoriser une trop grande accumulation de mucosités dans les bronches. Moncorvo a uni les badigeonnages avec la résorcine à ceux de cocaïne pour combattre l'élément parasitaire qui rend compte de l'excitabilité nerveuse des voies respiratoires. Cadet de Gassicourt n'a pas constaté l'utilité de ce moyen.

La principale contre-indication du badigeonnage est la difficulté de son exécution chez les enfants très petits et l'impossibilité presque absolue d'obtenir des mères le courage nécessaire pour braver les cris du patient, d'autant plus que le premier effet d'un badigeonnage à la cocaïne est de provoquer une quinte de toux qui sert de prétexte pour ne pas en essayer d'autres.

Pour obvier à cet inconvénient, Gräffner de Breslau a proposé des inhalations chaudes, deux fois par jour, avec une solution de cocaïne plus ou moins concentrée suivant l'âge du malade.

Formule générale : chlorhydrate de cocaïne 6 à 10 centig.; eau distillée, 45 gr.; chlorate de potasse, eau distillée d'amandes amères aa 50 centig. Il a vu par ce moyen des coqueluches et aussi des toux hystériques chez les femmes s'améliorer en 3 ou 4 séances.

---

(1) Die Behandlung des Keuchhustens mit Cocain. *Berl. med. Woch.*, 44, 46.

(2) *Revue des maladies de l'Enfance*, août 1885.

## REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

l'auteur de cette Revue (le Dr Aurelio BIANCHI), a largement été l'emploi de la cocaïne à l'intérieur dans le traitement de la coqueluche; il a suivi la voie indiquée par le professeur Levi, trop tôt enlevé à la science, en obtenant toujours de bons résultats. Les doses ont été faibles et continuées plusieurs jours de suite dans les formes graves. Pendant tous les jours la cocaïne a été bien supportée. Elle n'a apporté aucun trouble à la nutrition générale. Les vomissements se sont calmés, après le premier ou le second jour du traitement; les accès de toux ont perdu à peu leur caractère spécial; la toux est restée proportionnée à l'intensité de la bronchite. Dans un cas de vomissements consécutifs à la coqueluche le résultat a été véritablement merveilleux.

Dans le coryza des nouveau-nés, qui a le grave inconvénient d'empêcher les tétées, d'excellents effets ont été obtenus en introduisant 6 fois par jour quelques gouttes d'une solution à 20/0 de chlorhydrate de cocaïne. On réussit aussi avec des doses plus fortes dans le coryza des adultes. L'auteur se propose de publier un travail original dans le prochain numéro de *Lo Sperimentale* sur les applications qu'il a faites, de la cocaïne à la thérapeutique infantile.

Dr PIERRE-J. MERCIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Revue clinique sur quelques maladies des enfants.** Thèse inaugurale, par le Dr. EUG. REVILLIOD, ancien interne de l'hôpital Trousseau. Paris, Steinheil, 1886 (in-8°, 227 pages).

Cette thèse pourrait à plus juste titre être intitulée : *Une année de clinique à l'hôpital Trousseau*. L'auteur, en effet, s'est attaché à ressortir les points les plus saillants d'observations choisies parmi celles qui ont été recueillies en 1885, dans le service de son maître le Dr Cadet de Gassicourt dont il était l'interne. Laissant de côté les *chroniques* faute d'espace, il a dû, même parmi les cas aigus, choisir ceux qui donnaient lieu à des considérations nouvelles, et a publié sur ces sujets une série de mémoires intéressants.

Les faits observés se rapportent à quatre groupes principaux : LA FIÈVRE TYPHOÏDE, LES AFFECTIONS PULMONAIRES, LES AFFECTIONS RÉNALES, LA NÉPHRITE.

Le groupe de la FIÈVRE TYPHOÏDE comprend 69 cas et contient des remarques sur la *mortalité* (5 cas); *l'âge* (44 de 8 à 14, 23 de 2 à 7); sur le *début* par des vomissements (moins fréquent qu'on ne l'a dit; 6 cas), avec torticolis (2 cas), brusque (3 cas favorables), par la pneumonie qui est le 1<sup>er</sup> signe de l'infection, (1 cas seulement); sur certains *épiphénomènes* (stomatites, 4 fois, éruptions anormales 4 fois, sans influence sur la marche); sur les *fièvres éruptives concomitantes et les maladies contagieuses* (particulier à la pratique hospitalière); sur la *courbe thermométrique*, avec tracés à l'appui (irrégulière sans aggravation du pronostic); sur la *durée*, inférieure à celle de l'âge adulte dans la moitié des cas; sur le *pouls*, fréquemment très lent et très irrégulier; sur *l'œdème du scrotum*, et sa signification pronostique; sur la *rechute* et son étiologie qui n'a rien à voir avec le régime; sur les *complications* (otite muqueuse, surdité passagère sans gravité, complications articulaires, périostite, péritonite, au début de la maladie et mortelle, dans 2 cas, hémorrhagies intestinales tardives, 2 cas de mort eu dehors du service, bronchite et congestion hypostatique, broncho-pneumonie très grave, pneumonie 1 cas mortel).

Dans le groupe des AFFECTIONS PULMONAIRES, la *pneumonie franche* a donné lieu à 21 observations: 7 de 2 à 6 ans et 14 de 6 à 15 ans. Aucun malade n'a succombé et rien de nouveau n'a été relevé sur ce point de clinique infantile.

La *congestion pulmonaire* peut apparaître au cours ou au déclin de la pneumonie sous forme de poussées qui souvent n'ont aucun rapport de voisinage avec la lésion inflammatoire.

Elle peut se manifester seule et être confondue avec la pneumonie à laquelle elle ressemble au début par ses signes physiques mais dont elle se distingue par la mobilité de ces mêmes signes, la brièveté de son cycle fébrile et la promptitude de sa résolution.

L'attention de l'auteur, attirée sur ce point par son maître, M. le Dr Cadet de Gassicourt, qui a eu l'honneur de remettre en lumière la congestion pulmonaire si bien décrite par Woillez et un peu négligée aujourd'hui, l'a porté à citer 3 observations intéressantes de poussées congestives distinctes de la pneumonie au cours de laquelle elles ont fait apparition.

Pour la *broncho-pneumonie* ou *pneumonie lobulaire*, l'auteur s'est attaché à la différencier cliniquement, suivant qu'elle est *primitive* ou qu'elle est *secondaire* à une autre affection (*rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, diphtérie*); c'est à notre sens un des chapitres de son œuvre dont la lecture mérite la plus grande attention.



La *tuberculose pulmonaire*, dont 23 cas ont passé sous ses yeux, lui ont paru surtout intéressants par la contribution qu'ils apportent à l'histoire de deux accidents importants de la phtisie, les *hémoptysies* et le *pneumothorax*.

Viennent ensuite les **AFFECTIONS CÉRÉBRALES** parmi lesquelles la *méningite tuberculeuse* a fourni onze cas sans guérison. Age des malades, de 2 à 8 ans, 6 de 2 à 3 ans. Les remarques de l'auteur ont porté sur le *début*, les *convulsions*, le *tremblement*, le *nystagmus*, la *respiration de Cheyne-Stokes*, la *température*, le *diagnostic*.

Les *tumeurs cérébrales* qui jouissent du singulier privilège de passer souvent inaperçues pendant la vie, les *convulsions*, le *ramollissement cérébral* (observation rare et importante) ont donné lieu à deux chapitres intéressants.

La **NÉPHRITE** est loin d'être exceptionnelle dans l'enfance. L'auteur en a recueilli 16 cas, dans lesquels ne sont pas compris les cas secondaires à la diphthérie ou à la scarlatine.

La forme la plus fréquente est la *néphrite mixte* ou *diffuse*; la forme interstitielle, qui est d'ailleurs extrêmement rare, ne s'est jamais présentée. Cliniquement la lésion anatomique se manifeste par la marche aiguë.

L'albuminurie, quelquefois très considérable, est un symptôme constant, l'anasarque est moins fréquente.

Les *complications* observées (pleuro-pneumonie, plusieurs endopéricardites, un rhumatisme et deux péritonites) ont pu presque toujours être rapportées à la maladie primitive.

Le Dr EUG. REVILLIOD termine en mettant sous les yeux des lecteurs la statistique des 564 malades soignés en 1885 dans le service de M. CADET DE GASSICOURT. Il forme le vœu que l'un de ses successeurs entreprenne la tâche de faire connaître les faits importants qu'il a dû omettre, et nous souhaitons, comme lui, que son exemple soit en général suivi pour utiliser les richesses cliniques perdues forcément chaque année dans beaucoup de services.

Pour qu'un travail de ce genre ait toute sa valeur, il faut qu'il soit complété par des connaissances pathologiques très étendues et une critique judicieuse. Ces qualités ne manquent pas à l'œuvre du Dr EUG. REVILLIOD, que le praticien comme le chercheur auront intérêt à consulter.

Dr PIERRE J. MERCIER.

---

Le gérant : G. STEINHEIL.

# REVUE MENSUELLE

DES

## MALADIES DE L'ENFANCE

---

Février 1887

---

### TRAVAUX ORIGINAUX

---

#### UN CAS D'EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ

CONSÉCUTIF A UNE LARYNGITE STRIDULEUSE

Par le docteur **Cadet de Gassicourt**.

---

L'emphysème sous-cutané d'origine traumatique a attiré depuis longtemps l'attention des chirurgiens. Celui qui n'est pas traumatique, et qui se développe à la suite d'efforts violents (convulsions, accouchement laborieux) ou par une cause pathologique évidente (emphysème par gangrène, par ulcération laryngée, par rupture de caverne pulmonaire) est également assez bien connu. Mais il est une troisième espèce d'emphysème sous-cutané qui est beaucoup plus rare, et qui, par suite, est infiniment moins présent à l'esprit des médecins. Cependant M. Roger l'a signalé dès 1853 dans l'*Union médicale* et plus tard il lui a consacré un long mémoire dans les *Archives générales de médecine* (août 1862), sous le nom de : *Emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané)*. La description, comme on le voit, n'est pas nouvelle, puisqu'elle remonte à plus de 30 ans.

C'est à cette dernière variété qu'appartient l'emphysème généralisé dont il est ici question.

Mon intention n'est pas de refaire, à propos d'une observation isolée, la description complète de cette affection; je ne pourrais que répéter celle de mes devanciers: de Natalis Guillot qui, par une singulière coïncidence, en faisait l'histoire le jour même où M. Roger en présentait les premières observations, d'Ozanam, qui publiait un mémoire sur la *Rupture pulmonaire chez les enfants* dans les *Archives générales de médecine* (1856), sans parler des observations plus anciennes de Vitry (1827), de Menière (1829), de Boussal (1846), ni des travaux plus modernes de Giuseppe Galli (*Rivista clinica di Bologna*, 1876) et de mon ancien interne, le Dr Galliard (*Arch. gén. de méd.* Déc. 1880). Ceux de nos lecteurs qui voudront avoir une connaissance approfondie du sujet pourront lire avec fruit ces diverses études, en particulier le mémoire très étendu de M. Roger et celui de M. Galliard, qui renferme une très curieuse et très instructive observation recueillie dans mon service d'hôpital.

Il paraît cependant nécessaire, pour l'intelligence du fait que je vais raconter, de dire en quelques mots, ce qu'on doit entendre par l'expression *emphysème généralisé*.

C'est, selon la remarque si juste de M. Roger, un emphysème à siège *triple*, qui commence dans le poumon, qui traverse le tissu cellulaire du médiastin, et qui arrive enfin dans le tissu cellulaire de la périphérie cutanée. Voici, toujours d'après M. Roger, qui me paraît être en cela l'interprète même de la nature, quelle est la pathogénie de cet emphysème.

Sous l'influence de violents efforts respiratoires, quelques vésicules pulmonaires se déchirent et forment une ampoule, tantôt profonde, tantôt superficielle et sous-pleurale. Cette ampoule se brise à son tour, à la suite de nouveaux efforts, et laisse échapper l'air qu'elle contient. Si elle est profonde, le fluide aérien passe du tissu conjonctif intervésiculaire dans la gaine celluleuse qui environne de

toutes parts les vaisseaux sanguins et les bronches ; de là, il chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine des poumons, il décolle la plèvre sans la rompre, arrive jusqu'au point de réflexion de celle-ci, et s'épanche enfin dans le tissu cellulaire du médiastin.

Si elle est superficielle et sous-pleurale, l'air suit un trajet beaucoup moins long pour arriver jusqu'au médiastin, puisqu'il est déjà à la racine des poumons. Une fois l'air entré dans le médiastin, on conçoit sans peine qu'il passe dans le tissu conjonctif sous-cutané, en se rappelant les communications anatomiques et la continuité du tissu cellulaire du médiastin et de l'enveloppe cutanée du cou.

Cette pathogénie une fois bien établie, on comprend qu'il faille la réunion de deux conditions pour produire l'emphyseme généralisé : 1° une lésion du poumon, altéré dans sa consistance normale ; 2° une série de violents efforts. Or, c'est précisément ce qui s'est passé dans toutes les observations publiées jusqu'à présent, que les malades fussent atteints de coqueluche, de croup, de broncho-pneumonie ou de tubercules pulmonaires. La lecture des observations permet de constater, en outre, que l'intensité de l'effort nécessaire est en raison inverse de la profondeur de la lésion du poumon ; ainsi un effort médiocre suffira à produire un emphyseme généralisé chez un tuberculeux, tandis qu'il faudra un effort violent pour amener le même résultat dans une broncho-pneumonie. D'où il résulte que, en dehors de la tuberculose, la coqueluche est un des agents les plus puissants de l'emphyseme généralisé. Mais, et ceci ne laisse pas que de surprendre, dans aucune des observations contenues dans les mémoires que j'ai cités la laryngite striduleuse n'apparaît comme cause de l'affection qui nous occupe. Il semblerait cependant que la violence de l'effort, dans cette maladie, dût être une cause productrice de premier ordre.

Quoi qu'il en soit, et quelque explication que l'on puisse donner de cette anomalie apparente, l'observation que l'on va lire en acquiert un plus haut prix.

Le 18 mars de cette année j'étais appelé à M. confrère le D<sup>r</sup> Dupont. Le cas était pressant; j'arrivais à 6 heures 1/2 du soir. En débarquant, je trouvai mon excellent confrère, qui me mit en deux mots au courant de la situation; il s'agissait de savoir si nous allions nous trouver en présence d'un croup ou d'une laryngite striduleuse. La veille, dans la matinée, le D<sup>r</sup> Dupont était mandé près d'une petite fille de cinq ans atteinte de laryngite légère. La journée se passait dans le calme, mais la nuit suivante, à minuit, l'enfant était prise d'un violent accès de suffocation. L'inspection de la gorge, la marche de la maladie, l'état général, tout faisait croire à un accès de laryngite striduleuse; mon confrère n'hésita pas à en affirmer le diagnostic.

Mais le lendemain matin, en revenant près de sa petite malade, il fut fort surpris de la trouver en proie à une dyspnée très marquée, avec tirage sus et sous-sternal manifeste; il apprenait en même temps que l'accès de suffocation auquel il avait assisté avait été suivi de deux autres accès dans le cours de la nuit, et que dans l'intervalle des crises la dyspnée et le tirage avaient persisté. Déjà inquiet de cette prolongation d'accidents, mon confrère le fut plus encore en remarquant la persistance et même l'aggravation des symptômes à mesure que la journée s'avance; deux nouveaux accès de suffocation étaient survenus, et n'avaient fait qu'accroître la dyspnée et le tirage. C'est alors qu'il m'envoya un télégramme à Paris, tout prêt à pratiquer la trachéotomie si malvenue se faisait attendre et si les symptômes, en s'aggravant, mettaient la vie en péril.

Il n'en fut rien; au contraire le danger devint moins pressant à partir du moment où le télégramme était expédié si bien que, lors de mon arrivée, je n'eus aucune peine et aucun mérite à reconnaître un faux croup, et à constater que les symptômes graves qui avaient menacé un instant l'existence de l'enfant rétrocédaient rapidement. Je pus donc rassurer les parents et le médecin, tout en faisant prévoir la possibilité de nouveaux accès, et même celle d'une broncho-

pneumonie ultérieure. C'est un point sur lequel j'ai l'habitude d'attirer l'attention ; on oublie trop, généralement, que la laryngite striduleuse est une laryngite et qu'à ce titre elle peut être la première manifestation d'une bronchite et même d'une broncho-pneumonie. Plusieurs exemples m'ont fait voir la nécessité de faire entrer cette éventualité dans le pronostic.

Je partis peu de temps après, convaincu que j'avais prévu tous les cas, et ne m'attendant guère à la surprise qui attendait mon confrère le lendemain matin, 19 mars. En effet, à sa première visite, il remarquait à la base du cou, dans tout l'intervalle limité par le bord antérieur des deux muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, et sur les deux tiers supérieurs de la face antérieure du thorax, un soulèvement considérable de la peau, avec crépitation fine à la pression. Ces signes ne permettaient guère d'hésiter à reconnaître un emphyseme sous-cutané ; l'examen ultérieur ne fit que confirmer ce diagnostic : la peau était souple, le doigt n'y laissait pas d'empreinte, mais à mesure qu'on le promenait sur les limites du gonflement, il chassait devant lui le gaz infiltré dans les mailles du tissu cellulaire.

Mon confrère fut fort étonné de l'apparition de cet emphyseme sous-cutané que rien ne lui faisait prévoir, mais qu'il n'hésita pas cependant à rattacher aux efforts convulsifs et aux contractions énergiques de l'appareil musculaire respiratoire. Du reste, ici comme dans tous les cas d'emphyseme généralisé observés par les auteurs, les seuls symptômes appréciables étaient ceux de l'emphyseme sous-cutané ; l'auscultation ne faisait percevoir ni râle crépitant sec à grosses bulles, ni frottement ascendant et descendant, ces deux prétendus signes pathognomoniques de l'emphyseme interlobulaire. On entendait seulement quelques râles sous-crépitants limités aux deux bases en arrière, c'est-à-dire les signes de la bronchite concomitante. Le seul caractère qui permit de soupçonner l'emphyseme pulmonaire et médiastin était le retour de la dyspnée, qui ne s'accompagnait pas cette fois de tirage. Encore pouvait-on se demander si cette

dyspnée, n'était pas due à la bronchite. Ceci était d'autant plus plausible que les râles fins et plus nombreux les jours suivants, qui très nette se montrait bientôt dans le tiers inférieur gauche, où apparaissait un souffle assez plus rude ensuite, qu'en un mot se développaient les symptômes de la broncho-pneumonie.

On voit que notre malade présentait des conditions favorables à l'évolution de l'emphysème, c'est-à-dire une série de violents efforts, et un poumon altéré dans sa consistance normale. Les symptômes de la broncho-pneumonie ne se sont montrés, quelques jours après la naissance de l'emphysème, que parce que les premiers signes sont toujours précédés d'un travail préparatoire, et c'est lui, très probablement, qui a fait éclater certaines vésicules pulmonaires assez friables par la rupture sous l'action des efforts spasmodiques.

La pathogénie de cet emphysème à triple foyer est établie, il me reste à parler de sa marche et de son évolution. Dans toutes les observations que rapporte M. Galliard et dans celles qu'y a ajoutées M. Galliard, l'emphysème débute soit par la face, soit par le cou. Dans le cas actuel, c'est au cou qu'il s'est montré d'abord, il a donc été classique. Mais sa marche est différente de celle que signalent les auteurs, car dans la majorité des cas, l'infiltration augmente au cours des heures; elle s'élève, en haut, jusqu'à la partie supérieure des joues, aux paupières, aux tempes; elle gagne le cou jusqu'à la nuque; en bas, elle descend jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen, dans la région dorsale; quelquefois même elle envahit les membres supérieurs, très rarement aux inférieurs. L'emphysème mérite bien alors le nom de généralisé, contrairement, dans le cas actuel, le Dr Dupont n'a constaté l'absence de l'infiltration gazeuse, qu'au cou et dans les tiers supérieurs du thorax. De plus, il ne si

l'extension de l'emphysème ; tel il l'a vu au premier moment, tel il est resté. Si donc il a commencé, dans la nuit du 18 au 19 mars, son évolution ascendante n'a duré que quelques heures, au lieu de se prolonger quarante-huit ou même soixante-douze heures, comme dans la plupart des cas.

Ainsi la marche a été rapide pendant la période d'accroissement. Elle l'a été moins pendant la période régressive ; dès le lendemain matin, 20 mars, le Dr Dupont signale il est vrai, une diminution assez marquée, mais l'emphysème reste ensuite à peu près stationnaire pendant deux jours, puis il reprend son évolution décroissante, et ne disparaît définitivement qu'après 13 jours de durée. Or l'emphysème généralisé peut sans doute se prolonger trois semaines, mais il s'efface parfois en huit ou neuf jours. La durée de treize à quatorze jours est une durée moyenne.

Je ferai remarquer qu'aucun symptôme grave n'a été la conséquence de l'infiltration gazeuse, tandis que, en général, l'état des petits malades paraît s'aggraver notablement au moment où l'emphysème acquiert une certaine étendue, et que même, en certains cas, l'emphysème devient une complication redoutable et cause de sérieux accidents de suffocation. Or ces accidents sont dus, selon toute probabilité, non à l'emphysème sous-cutané, mais à l'emphysème interne qui occupe le poumon, les plèvres et le médiastin. Il y a donc lieu de penser que l'infiltration gazeuse était aussi peu étendue dans les régions profondes que dans les régions superficielles.

Mais reprenons l'histoire de notre petite fille, nous voici arrivés au quinzième jour de la maladie ; des trois affections qu'elle présentait : laryngite striduleuse, emphysème, broncho-pneumonie, deux se sont terminés heureusement. Que va devenir la troisième, c'est-à-dire la broncho-pneumonie ? elle va guérir également, dix jours plus tard, le 10 avril, et l'enfant recouvrera bientôt la plénitude de sa santé.

Ainsi, de manifestations si multiples, rien n'est resté ; le cycle morbide tout entier a évolué en vingt-cinq jours. Cette



heureuse terminaison n'est pas la plus commune sur les 19 enfants dont M. Roger a réuni 15 ont succombé et 4 seulement ont guéri. Cette circonstance confirme cette remarque faite par notre maître : *le pronostic dépend, presque de la gravité plus ou moins grande de l'affection des organes respiratoires*. En effet, chez nos malades l'affection pulmonaire était une broncho-pneumonie à portance médiocre; sa guérison facile a fini toute la scène pathologique.

Un dernier mot avant de finir. Je n'ai rien employé pour combattre l'emphysème. C'est le peu d'étendue de l'infiltration gazeuse et le tout accident, commandaient l'expectation. J'ai réservé toute la puissance de ma médication contre la broncho-pneumonie, et j'estime avoir agi. En un cas d'emphysème plus étendu, on userait de frictions stimulantes sur les parois thoraciques; peut-être ferait-on mieux encore en pratiquant des ponctions multiples avec un trocart capillaire pour évacuer l'air infiltré. Mais, en tout cas, on ne devra jamais oublier que le véritable danger est ailleurs que dans l'emphysème généralisé.

---

## DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

### ET DE L'ATHÉROMASIE AORTIQUE DANS L'ENFANCE

Par le docteur **Sanné**.

---

Le précieux privilège que possède l'enfance de conférer au système vasculaire une intégrité presque absolue lorsqu'elle même que le cœur est gravement lésé, explique, avec l'extrême rareté de l'athéromasie dans cette période de la vie, le caractère exceptionnel des dilatations anévrysmales

des artères en général et de l'aorte en particulier, dans le jeune âge. On a même pendant longtemps révoqué en doute leur existence, si bien qu'en 1863, lorsque M. Roger présentait, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un enfant de dix ans atteint d'anévrisme de la crosse aortique, il pouvait dire que ce fait était un des premiers qui fussent signalés dans la science. En effet, de recherches faites à cette époque par M. Hervieux, et citées par M. Roger, il résulte que, sur 551 cas d'anévrisme rassemblés par Crisp, de Londres, 5 seulement appartiennent à des sujets dont l'âge varie de quelques jours à vingt ans. De plus, sur 98 cas d'anévrisme de l'aorte thoracique, un seul concernait la période ci-dessus ; enfin, sur 59 malades atteints d'anévrisme de l'aorte abdominale, il ne s'en trouvait pas un seul qui eût moins de vingt ans. D'autre part, on trouvait dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1836, p. 393, un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale appartenant à un enfant de quatorze ans ; le malade était mort subitement sans avoir offert d'autres symptômes que des douleurs lombaires. Pour terminer cette statistique, Broca mentionnait dans son *Traité des anévrismes*, un cas d'anévrisme du canal artériel observé chez un enfant d'un mois.

Depuis lors, les observations ne sont guère devenues plus nombreuses, bien que l'attention ait été attirée sur ce sujet. L'histoire clinique de l'affection dont il s'agit, si elle était à faire, resterait donc fort obscure, faute d'éléments d'étude ; mais ce que l'on en peut connaître permet de mettre en fait que, sous le rapport de la symptomatologie, les choses se passent comme chez l'adulte. Aussi bien me proposé-je simplement de relater à cette place les cas pouvant offrir quelque intérêt.

C'est surtout en raison de l'âge des malades, et de la production, dans l'enfance, d'états pathologiques réservés, en règle générale, à l'âge mûr ou à la vieillesse, que ces faits méritent d'être consignés ici. Ils sont au nombre de quatre.

Le premier est unique, il a pour sujet un fœtus ; il a été

## REVUE DES MALADIES DE L'É

uvé par le docteur Phænomenow (1)  
ur fut assez considérable pour dev  
cie.

3. I. *Anévrysme de l'aorte abdominale*  
par le siège, il fallut pour l'extraire, tirer av  
oids était de 2 kilogrammes 600, sa longueur  
circonférence de l'abdomen, mesurée au-de

centimètres. L'enfant n'ayant pas survécu,  
men était rempli par une tumeur insérée sur la paroi postérieure  
cavité, recouverte par le péritoine et mesurant 10 centimètres de  
r sur 11 centimètres de longueur. La tumeur formait une vaste  
remplie de sang pur ; le tronc de l'aorte abdominale se perdait  
ement dans sa cavité, un peu au-dessous de la naissance des deux  
s rénales ; de sa partie inférieure sortaient les deux artères ilia-  
primitives. Au microscope, les parois de la tumeur présentaient la  
ure légèrement altérée des tuniques artérielles.

second fait appartient à M. Roger (2) ; il se rapporte à  
nfant vraisemblablement atteint d'un anévrysme de la  
e aortique. Malheureusement, le malade fut perdu de

ici le résumé de l'observation :

3. II. *Anévrysme de l'aorte chez un enfant de dix ans.* —  
t intelligent, n'ayant pas fait de maladie sérieuse, n'ayant eu ni  
itisme, ni scarlatine, ni chorée. Il s'essouffle facilement depuis  
ns, et devient haletant quand il joue. A l'âge de huit ans, a lieu  
remière attaque de suffocation, pendant laquelle se sont manifestés  
es phénomènes de l'asphyxie. Alors apparut une saillie anormale  
a partie supérieure du sternum et à gauche de cet os. L'enfant se  
vite de cette attaque, mais il continuait à être haletant lorsqu'il se  
à ses jeux.

ivelle attaque cinq semaines avant le premier examen de M. Roger,  
érisée par : dyspnée extrême, tirage, émission de la langue hors

---

*Contribution à l'étude de la dystocie provenant du fœtus.* In *Arch. für  
kologie*, 1882.

n *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1863, p. 499.

de la bouche, pâleur de la face, teinte bleue des lèvres. L'accès dura toute la nuit. L'enfant fut soumis au traitement suivant : lait, vin de Bugaud, bains de pieds, vésicatoire à la région précordiale.

L'examen du malade, pratiqué le 12 novembre, fit reconnaître l'existence d'une saillie correspondant aux deux premières côtes gauches, à leur union avec le sternum, et comprenant tout le premier espace intercostal dans l'étendue approximative d'une pièce de deux francs. Cette tumeur est complètement mate à la percussion. Par la palpation on n'y trouve pas trace de frémissement cataire. Elle n'est non plus le siège d'aucun battement appréciable à la vue ou à la main. Par l'auscultation, on y perçoit un murmure continu avec redoublement correspondant à la systole cardiaque ; ce bruit anormal est surtout intense dans la portion du sternum qui couvre la crosse de l'aorte. Bruit de souffle dans les deux carotides, plus fort et plus perceptible dans la gauche. Battements carotidiens très visibles à gauche dans le triangle sus-claviculaire. Le pouls paraît sensiblement plus faible à gauche. La respiration est normale, si ce n'est qu'au niveau de la fourchette sternale, elle a plus de tendance que dans les conditions habituelles à prendre le caractère tubaire. Traitement : un granule de digitaline par jour.

Le 27 novembre, la tumeur semble s'être un peu affaissée. Le pouls est à 120, très petit des deux côtés (il y a de l'émotion) ; pas de chaleur fébrile. Le souffle aortique persiste, systolique et parfois continu au niveau de la tumeur et en dehors à droite, à la partie supérieure du sternum ; il n'empêche pas d'entendre nettement le double claquement des valvules sigmoïdes. Palpitations et essoufflement, surtout dans la marche un peu rapide. Traitement : pèdiluves, manuluves, deux granules de digitaline.

Le jeune B... est revu pour la troisième fois, le 21 décembre. La veille, il avait été réveillé subitement par un accès de suffocation avec cyanose des lèvres, et refroidissement des extrémités. L'accès avait duré dix minutes.

J'avais, dit M. Roger, conseillé au père d'exercer une compression très modérée, faite avec beaucoup de précautions sur la tumeur ; il avait exercé cette compression avec la main quelques jours de suite et pendant quelques minutes chaque fois ; pour peu que la compression fut un peu forte, elle déterminait de la dyspnée et des commencements d'accès d'étouffement.

Du reste, on n'observe point de changement de la tumeur, si ce n'est qu'elle paraît s'être portée un peu plus en dedans vers la partie correspon-

dant à l'intersection des deux premières côtes avec le sternum, tandis que l'espace intercostal semble moins soulevé ; la tumeur se présente toujours sans battements, sans frémissements appréciables à la main, mais on y perçoit toujours un souffle continu indépendant des bruits du cœur, qui sont normaux.

Le 23 décembre et le 8 janvier, on constate une modification notable dans les phénomènes stéthoscopiques : le bruit de souffle a presque complètement disparu ; ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on l'entend profondément. Les accès de suffocation se sont répétés plusieurs fois pendant les jours précédents.

Un dernier examen, pratiqué le 5 février, fait reconnaître les mêmes phénomènes, c'est-à-dire un souffle à double courant au niveau de la tumeur, souffle qui ne se prolonge pas dans les vaisseaux ; un léger battement carotidien existe des deux côtés au bas du cou ; le pouls radial est petit, serré, égal aux deux bras. Les accès de suffocation se renouvellent plusieurs fois.

Après cet exposé clinique, M. Roger discute soigneusement le diagnostic, et, après avoir constaté qu'il manque à la tumeur en question, certains caractères qui font rarement défaut en cas de dilatation anévrysmale, — les pulsations et le frémissement à la main, — après avoir rejeté l'hypothèse d'une saillie formée par des ganglions péribronchiques tuberculeux, il conclut à la nature anévrysmale de la tumeur. Je renvoie le lecteur au texte original de cette intéressante discussion, tout en renouvelant le regret, au point de vue de la certitude absolue, que la marche ultérieure de la maladie soit restée inconnue.

La troisième observation m'est personnelle, elle a l'avantage d'être complète et de s'appuyer sur l'examen nécropsique ; elle permet de suivre la maladie dans ses diverses phases : dilatation de l'aorte, anévrysme, lésions athéromateuses.

OBS. III. — *Dilatation de la crosse aortique, anévrysme commençant, lésions athéromateuses.* — P..., âgé de treize ans et demi, est malade, dit-on, depuis six mois. Parmi les malaises variés notés dans les renseignements, je signalerai les suivants ; — je n'ai pu obtenir aucune notion précise sur les maladies antérieures.

L'enfant est apathique, abattu, redoute l'exercice et ne bouge que lorsqu'il y est contraint. En effet, il est facilement oppressé, essoufflé quand il s'agit, quand il fait quelque effort. Parfois même, se montre à la face et aux extrémités, une teinte cyanique, laquelle, de momentanée, est devenue plus durable à de certains moments. De même, et d'une façon intermittente, il se produit de la tuméfaction des mains et des membres inférieurs, surtout quand le malade prend de l'exercice.

L'examen clinique me fait constater que le teint est pâle, la figure bouffie, ainsi que les parois de la poitrine. L'enfant est oppressé. Le pouls est large, mais dépressible comme dans l'insuffisance aortique. La matité précordiale est très notablement augmentée. La palpation fait reconnaître un frémissement cataire très accentué dans toute la région précordiale et se prolongeant en haut et à droite jusqu'à la clavicule. Les battements du cœur sont sourds, assez énergiques, quoique l'impulsion soit assez molle. A la base, on entend un bruit de souffle très intense au premier temps et un autre plus doux au second temps. Le diagnostic porté est : insuffisance aortique et dilatation de l'aorte.

Le malade reste à l'hôpital pendant six semaines, les symptômes persistant sans grandes variations ; cependant, il survint des épistaxis abondantes et répétées qui nécessitèrent le tamponnement. Un mois plus tard, il rentre, présentant les mêmes symptômes à l'auscultation, mais dans un état général beaucoup plus grave. La dyspnée s'est accrue au point que le décubitus est impossible ; l'enfant est assis, appuyé sur des oreillers ; il est agité, en proie à l'insomnie ; la respiration est fréquente et la cyanose continue, d'intermittente qu'elle était ; le pouls est faible, dépressible, irrégulier. Au bout de quelques jours, survient une syncope très prolongée que l'on a grand'peine à faire cesser, puis, deux jours après, la mort survient par suite des progrès de l'asphyxie.

*Autopsie.* — Dans le péricarde, un verre de sérosité citrine. Les parois du ventricule gauche sont notablement hypertrophiées. La crosse de l'aorte est amincie, et augmentée de volume ; sa face interne est garnie de nombreux dépôts athéromateux ; à sa partie convexe et supérieure se trouve une petite poche anévrysmale de la grosseur d'une noisette, dont l'orifice de communication est en partie fermé par des dépôts crétacés. Les valvules aortiques sont couvertes de dépôts de même nature qui les rendent insuffisantes en même temps qu'elles rétrécissent la lumière de l'orifice.

Le quatrième fait n'est plus, comme les précédents, un

exemple d'anévrysme de l'aorte à sa période d'état, mais je puis m'exprimer ainsi, un anévrysme en expectativa trait, en effet, à une aortite chronique, et l'on sait c'est là le point de départ habituel de l'anévrysme aortique. A ce titre, l'observation qui suit, et que nous devons à la plume de M. Moutard-Martin (1), mérite d'être prise en considération.

OBS. IV. *Aortite chronique et rétrécissement aortique.* — Un enfant âgé de deux ans, a été enflé il y a quelques mois et, depuis que sa mère l'a retiré de nourrice, il est oppressé.

A son entrée à l'hôpital, on lui trouve une hypertrophie du cœur, une impulsion exagérée de l'organe, puis un frottement que révèle la palpation ainsi que l'auscultation, et qui font diagnostiquer une péricardite. En même temps, un souffle intense, rude au premier temps et à la fin, et qui retentit dans tout le thorax, fait reconnaître un rétrécissement aortique. Le pouls est large, vibrant, analogue plutôt à celui de l'insuffisance aortique. Pas d'albumine dans l'urine. Les choses en étaient là lorsque l'enfant fut pris de convulsions suivies, le lendemain, d'une éruption de variole qui devint hémorrhagique et détermina rapidement la mort.

*Autopsie* — Péricardite sèche peu étendue. Cœur énormément hypertrophié. Rien à l'orifice mitral, mais à la face aortique de l'orifice mitral, au niveau du sillon mitro-sigmoïdien, se trouvent de petites plaques jaunâtres, sans saillie, trace d'une poussée inflammatoire antérieure. Les valvules sigmoïdes sont rouges, boursoufflées, elles étranglent un peu l'aorte. Quant à l'aorte, elle offre, sur une hauteur de deux à trois centimètres à partir de son origine, de petites plaques de dimensions variables variant de 2 à 5 millimètres, de couleur blanc jaunâtre, et faisant saillie à peine appréciable.

Quel enseignement doit-on tirer de ces observations ?

Elles montrent tout d'abord, que l'anévrysme de l'aorte peut se rencontrer dès la période fœtale, puis à une époque plus éloignée : 2 ans, 10 ans, 13 ans. En nombre plus grand certaines eussent peut-être coïncidé avec l'âge intermédiaire.

---

(1) In *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 775.

L'aorte abdominale comme la crosse lui peuvent servir de siège.

Sa pathogénie est la même que dans l'âge adulte. En effet, chez le garçon de treize ans dont j'ai narré l'histoire, la tumeur aortique coïncidait avec une athéromasie des plus caractérisées. D'autre part, on voit, chez un enfant de deux ans, l'aorte et les valvules se recouvrir d'incrustations calcaires. Quant à la cause générale d'où procède cette athéromasie, je n'ai pu trouver dans les observations les renseignements indispensables pour ce genre d'étude, ceux qui concernent les antécédents personnels ou héréditaires des malades. Et cela n'a rien qui surprenne pour qui sait combien ces détails sont ignorés ou négligés dans certaines classes.

Quant au tableau symptomatique, il n'a rien présenté que de parfaitement connu : essoufflement, dyspnée continue ou paroxystique, apathie, crainte du mouvement de peur de réveiller l'oppression, souffles aortiques rudes, systoliques et diastoliques, frémissement cataire, battements carotidiens, cyanose, épistaxis, syncopes ; dans un cas, formation d'une tumeur chondro-sternale fluctuante, réductible au prix d'accès d'orthopnée, et au niveau de laquelle on ne percevait ni battements, ni frémissement cataire, mais un murmure continu se renforçant au moment de la diastole.

La terminaison ne fut connue que dans trois cas, l'un des malades ayant été perdu de vue. Des trois autres, l'un mourut en naissant, l'autre d'une maladie intercurrente, le troisième seul succomba aux suites naturelles de la maladie ; ce fut l'asphyxie qui l'emporta.

En somme, ainsi que je le disais en commençant, ces observations témoignent de faits absolument exceptionnels mais qui, une fois produits, n'empruntent à l'âge du malade aucun caractère spécial.



## NOTE SUR L'INVOLUTION DES VOIES FŒTALES

Par le docteur E. Thérémim

Médecin en chef de la Maison des Enfants-Trouvés à Saint-Petersbourg

L'involution des voies fœtales présente un grand intérêt par rapport à l'étude du développement des enfants nouveaux-nés. Pour contribuer à l'étude des lois qui régissent l'involution, j'ai entrepris, il y a plusieurs années, de recueillir exactement l'état des voies fœtales dans plus de cinquante autopsies. Les notes que j'ai prises l'ont été sans aucune préconçue. Dans les autopsies que je faisais en qualité de prosecteur de la Maison, je notais séparément l'état du conduit de Botal, de la veine ombilicale et du conduit veineux d'Arantius. Le développement de l'enfant et la maladie qui avait nécessité son transport à l'infirmerie, la cause de mort n'ont pas été oubliés.

Les résultats obtenus ne s'accordent pas complètement avec les données généralement citées sur ce sujet. De nouvelles recherches faites sur un plus grand nombre de sujets et le but spécial d'étudier l'une ou l'autre des voies fœtales d'une manière détaillée et tout à fait complète, pourront compléter mon compte de mes notes et expliquer peut-être les quelques résultats contradictoires que j'ai obtenus.

## VEINE OMBILICALE

Après avoir excisé le foie j'ouvrais la veine ombilicale et la veine porte, je l'aplatissais avec une petite règle divisée en millimètres le long de son bord aminci et je notais la largeur de la veine ombilicale à un demi-centimètre de distance de son point de jonction avec la veine porte.

Voici les résultats que j'ai obtenus :

ÂGE des ENFANTS	PERMÉ	PERMÉABLE	CIRCONFÉRENCES INTÉRIEURES EN MILLIM.									TOTAL des (
			3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1 à 7 jours	»	»	1	3	14	9	18	12	8	5	»	70
8 à 14 »	»	»	4	6	25	23	9	4	1	2	■	76
15 à 21 »	»	»	3	12	23	10	8	3	1	1	2	63
22 à 30 »	4	»	4	12	17	9	1	■	»	»	»	49
1 à 1½ mois	10	2	9	16	8	7	3	»	»	»	»	55
1½ à 2 »	22	»	6	8	6	■	1	»	»	»	»	■
2 à 3 »	55	2	5	14	■	1	»	»	»	»	»	81
3 à 4 »	29	1	3	1	3	»	»	»	»	»	»	37

Au-dessus de l'âge de 4 mois (42 cas) je n'ai jamais trouvé la veine ombilicale perméable du côté de la veine porte.

Suivant ce tableau on voit que, chez les enfants du même âge, le calibre de la veine porte varie considérablement. Il faut supposer à priori que la raison de cette différence de calibre doit dépendre du développement physique de l'enfant même. Le tableau suivant, qui se rapporte uniquement aux enfants âgés de 1 à 7 jours, confirme cette supposition.

LONGUEUR DU CORPS de L'ENFANT	CIRCONFÉRENCES EN MILLIMÈTRES								TOTAL
	3	4	5	6	7	8	9	10	
33 à 35 cent.	»	1	1	»	1	»	»	»	3
36 à 40 »	»	1	3	3	3	1	2	»	13
41 à 45 »	1	1	7	4	7	■	2	1	28
46 à 50 »	»	»	2	2	5	4	1	1	15
51 à 53 »	»	»	1	»	2	2	3	3	11
	1	3	14	9	18	12	8	5	70

(1) Perméable pour une sonde fine.

Pour les enfants âgés de plus d'une semaine et jusqu'à 2 semaines, j'ai obtenu des données tout à fait analogues; pour les enfants encore plus âgés il faudrait prendre en considération la durée de la maladie et son influence sur le développement ultérieur de l'enfant. N'ayant pas de données en ce sens, je suis obligé de m'abstenir de toute explication.

#### DUCTUS VENOSUS ARANTII

Pour mesurer ce conduit veineux, je l'ouvrais du côté de la veine cave inférieure, je l'aplatissais et mesurais avec un compas la circonférence intérieure aux deux bouts du conduit. Ce conduit veineux se ferme constamment du côté de la veine porte et sa circonférence intérieure du côté de la veine porte se trouve être constamment plus petite que du côté de la veine cave inférieure. Souvent le conduit est fermé du côté de la veine porte, tandis que du côté de la veine cave il présentait encore une circonférence de 2 à 3 millimètres. Dans le tableau ci-dessous la circonférence intérieure de la partie du conduit avoisinante à la veine porte est prise en considération.

AGE des ENFANTS	FERMÉ	CIRCONFÉRENCE INTÉR. EN MILLIM.							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1 à 3 jours	»	»	»	6	4	11	8	3	2
4 à 6 »	2*	»	1	2	5	6	4	2	1
7 à 10 »	1*	»	10	6	7	5	2	»	3
11 à 14 »	7	»	10	10	7	6	3	»	»
15 à 20 »	21	»	15	8	9	2	»	»	1
21 à 25 »	12	2	6	1	1	»	»	»	»
26 à 30 »	39	1	4	2	»	»	»	»	»
	82	3	46	35	43	30	17	5	7

Les chiffres marqués avec une astérique appartiennent : 1° à un enfant né avant terme, âgé de 4 jours qui avait une taille de 42 cent., poids 1,340 grammes ; 2° à un enfant âgé de 5 jours, 46 cent. de taille, 2,660 grammes de poids ; mort d'un catarrhe intestinal aigu, et 3° à un enfant âgé de 7 jours, 53 cent. de taille, poids 2,940 grammes, mort d'un catarrhe intestinal aigu.

Ces trois cas exceptés, le conduit veineux n'a jamais été trouvé fermé avant le 11<sup>me</sup> jour (3 sur 91 cas, ou 3.2 0/0). Chez les enfants âgés de plus de 30 jours ce conduit était toujours complètement fermé, du moins du côté de la veine porte. A partir de 21 jours le conduit a été trouvé perméable pour une sonde fine (un demi-millimètre de diamètre), 17 fois sur 68 cas ou 25 0/0.

#### TROU OVALE

La largeur et la hauteur du trou ovale sont absolument différentes chez les sujets ; elles dépendent de la grandeur du cœur lui-même et en partie du degré de dilatation des oreillettes. En conséquence une statistique de quelque valeur sur la grandeur du trou ovale doit être basée sur des données comparatives en rapport avec la grandeur de tout le cœur. C'est pour cette raison que j'ai noté uniquement la largeur de la valvule du trou ovale et que j'ai divisé les cas en cinq catégories : 1° trou largement ouvert (la valvule a une largeur de 1 à 2 millimètres) ; 2° valvule fermant la moitié du trou ovale ; 3° valvule fermant les trois quarts du trou ; 4° valvule fermant incomplètement le trou ovale en laissant ouvert un très petit segment ou permettant le passage oblique d'une sonde, et 5° trou ovale fermé complètement par la valvule.

AGE des ENFANTS	LARGEUR DE LA VALVULE				FERMÉ
	1°	2°	3°	4°	
1 à 7 jours..	14	16	33	7	»
8 à 15 »	6	12	50	8	»
12 à 21 »	1	4	44	6	10
22 à 30 »	»	6	18	12	13
1 à 1½ mois..	1	3	18	16	17
1½ à 2 »	»	1	13	18	18
2 à 3 »	1	»	15	18	47
3 à 6 »	»	»	7	7	51
6 à 9 »	»	»	1	1	■
9 à 12 »	»	»	»	»	7
	23	42	197	88	171

5

Ce tableau démontre que dans les deux premières semaines de la vie le trou ovale n'est jamais complètement fermé qu'à partir de l'âge de 9 mois je l'ai trouvé constamment fermé. Dès l'âge de trois mois il est fermé en proportion 80 sur cent.

Si l'âge de l'enfant semble influencer sur le développement de la valvule du trou ovale il n'en est pas de même de la taille dont le progrès n'est pas forcément en rapport avec celui de l'âge. Il est probable aussi que, chez les enfants avant terme, la valvule du trou ovale souffre d'un retard de son développement, mais les données que j'ai obtenues dans ce sens sont insuffisantes pour permettre une affirmation basée sur le moyen de la statistique.

#### CONDUIT DE BOTAL

Pour mesurer le conduit de Botal, j'ouvrais d'abord l'artère pulmonaire gauche en fendant sa paroi antérieure jusqu'à son entrée dans le poumon, ensuite je fendais la paroi

rière du conduit de Botal et je mesurais sa longueur et sa circonférence intérieure avec un compas. Dans tous les cas où je trouvais le conduit de Botal fermé, je ne le mesurais pas et je notais simplement — fermé.

Cette manière de mesurer la longueur du conduit est correcte, car on évite une traction et partant, une élongation artificielle, mais pour mesurer la circonférence intérieure elle n'est point sans reproche, vu que le conduit de Botal en voie d'involution se laisse facilement distendre. L'erreur qui en résulte consiste en un millimètre au plus, tandis qu'en mesurant le conduit avec des sondes coniques l'erreur est beaucoup plus grande.

La longueur ordinaire du conduit de Botal est de 5 à 8 millimètres, car sur 298 cas cette longueur a été trouvée 228 fois, 76,5 0/0. Il faut remarquer aussi que chez les enfants plus jeunes on rencontre plus souvent des conduits plus longs ou plus courts, que la longueur ordinaire.

AGE des ENFANTS	CIRCONFÉRENCE INTÉRIEURE DU CONDUIT en millimètres													PERMÉABLE	FERMÉ	TOTAL
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1 à 7 jours	2	1	10	11	12	11	3	7	3	1	2	2	2	»	»	67
8 à 14 »	2	4	12	8	21	6	8	2	1	»	1	1	»	»	»	66
15 à 21 »	3	12	10	15	5	4	3	2	»	»	1	»	»	»	6	61
22 à 30 »	4	14	16	7	3	2	»	1	»	»	»	»	»	»	8	56
1 à 1 1/2 mois	»	4	9	3	1	3	2	»	»	»	»	»	»	2	26	50
1 1/2 à 2 »	3	11	3	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	23	43
2 à 3 »	7	2	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	55	68
3 à 4 »	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	48	53
4 à 12 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	54	54
	22	49	63	45	44	26	17	12	4	1	4	3	2	6	220	518

Dans ces deux tableaux le conduit de Botal n'a pas été mesuré dans 3 cas, à cause d'un thrombus. Dans les si- cas qui sont classés comme perméables, le conduit de Botal laissait passer une sonde très fine.

Il est à remarquer que chez les enfants âgés de six semaines à quatre mois le conduit de Botal se trouve encore ouvert sur 144 cas 34 fois, 22.9 0/0.

## DE L'IVRESSE CHEZ LES ENFANTS, A PROPOS D'UN ENFANT DE 2 ANS 1/2 IVRE-MORT

Par le docteur **Edmond Chaumier.**

La rareté des cas d'ivresse que le médecin est appelé à constater chez les enfants m'engage à publier l'observation suivante. Il s'agit, comme on le verra, d'un tout jeune enfant auquel un frère, un peu plus âgé, fit prendre, par mégarde, une grande quantité d'eau-de-vie. Presque immédiatement il survint une période d'excitation de courte durée, à laquelle succéda un état comateux.

Les membres étaient dans la résolution la plus complète. Il était impossible de faire avaler quoi que ce fût au petit malade ; le liquide pénétrait dans le larynx ou sortait de chaque côté de la bouche. On ne pouvait donc à l'aide d'un vomitif lui faire rendre l'alcool non encore absorbé, et combattre sa torpeur par un médicament excitant.

Devant cette impossibilité de se servir de médicaments, j'ai dû, pour déterminer les vomissements, user du peu de sensibilité qui existait encore à l'arrière-gorge et procéder par titillation de cet organe. La flagellation servit à ramener la sensibilité et à combattre la torpeur. Il m'a fallu également réchauffer l'enfant à l'aide de frictions, de linges chauds et de boules d'eau bouillante ; car le liquide qui imbibait les serviettes avec lesquelles on le frappait avait contribué à refroidir la peau.

Après ce traitement quelque peu énergique, l'enfant fut pris d'une sorte de délire de mouvements, puis s'endormit d'un sommeil assez semblable au sommeil naturel.

Il était bien réchauffé, son pouls battait bien, sa respiration s'opérait dans de bonnes conditions, il ne restait plus qu'à le laisser dormir. Le lendemain la guérison était complète. Voici d'ailleurs par le détail l'observation qui fait le sujet de cette note.

28 juillet 1885 ; 5 heures du soir. Il y a environ 2 heures, le frère âgé de sept ans, du jeune C... âgé de deux ans et huit mois, lui fit prendre de l'eau-de-vie au lieu de boisson. Il en but environ  $\frac{1}{3}$  ou  $\frac{1}{4}$  de verre ordinaire. Les parents ne s'en aperçurent pas. L'enfant sortit presque aussitôt dans la rue, se précipita sur une petite fille et tomba avec elle. Il se releva avec l'aide de cette dernière, puis marcha en trébuchant et alla tomber sur des épines. Il ne cria pas, ce qui étonna les parents. Il était un peu excité et causait plus qu'à l'ordinaire. La mère le prit dans ses bras et s'apercevant qu'il sentait l'eau-de-vie se douta de ce qui était arrivé. L'enfant, au milieu d'une agitation assez grande causait beaucoup et appelait les autres enfants ses camarades. Cet état dura peut-être un quart d'heure, puis il se laissa aller et s'endormit profondément ; on ne pouvait le réveiller.



Lorsque je le vois, son sommeil dure encore ; sa tête ton côtés, il est en résolution complète. Peau chaude ; pouls r pupilles normales ; respiration très superficielle ; à chaq parents le croient mort. — J'essaie de lui faire prendre de l' l'eau tiède. La première cuillerée à café coule dans le lary un peu. C'est avec beaucoup de peine qu'on lui en fait pre petite quantité ; presque tout coule hors de la bouche ; il n

Comme le temps se perdait et qu'il ne vomissait pas ; je de la gorge, très profondément, avec le manche d'une cuille provoque des efforts : il vomit d'abord de la nourriture répi d'eau-de-vie. Il vomit ainsi à plusieurs reprises, après de 1 lations. J'essaie de lui faire prendre de l'eau tiède pou vomissements et produire une sorte de lavage de l'estomac, tout se perd ; il avale peu ; à certains moments il serre les ( obligé de revenir à la titillation avec la cuiller. Je la répète plu la fin il ne rend plus que des glaires inodores et cela très

Pendant ce temps, pour le tirer de sa torpeur, je lui do giffles, puis je le frappe avec la corne d'un mouchoir moui jambes et les cuisses sont frappées de même avec une ser de vinaigre. Cela le réveille un peu et le fait crier 3 ou 4 fo

Enfin on l'essuie (il est mouillé d'eau et de vinaigre) ; o chemise chaude, on le couche dans un lit chaud, avec des des linges chauds autour de lui, on frictionne ses jambes refroidies.

Il est alors pris d'une sorte d'agitation, il se remue, se t de tous côtés comme un fou, pousse des grognements, mais Cela dure une heure et demie environ, puis il s'endort ; secouer, on ne peut le réveiller.

A 8 h. 1/2, il dort ; pouls 120 ; peau chaude, respiration quelques soupirs ; pupilles normales. On le laisse dormir.

Le lendemain il est guéri.

Il est bien rare, comme je le disais, qu'un m appelé à voir un enfant ivre-mort. Ce n'est pas l'ivresse ne soit pas assez fréquente chez les enfai tous les âges. Bien des mères font prendre même tout jeunes du vin en assez grande quantité et u queur, sous prétexte de leur faire l'estomac ou de l

des forces. On constate alors simplement un peu d'excitation. Si l'enfant est en âge de parler, il babille à tort et à travers, puis s'endort sur la table ; s'il marche on le voit parfois tituber, tout comme un adulte.

Dans les repas où les convives sont nombreux, alors que les parents ne peuvent exercer leur surveillance habituelle, des enfants déjà grands, livrés à eux-mêmes, absorbent quelquefois une trop grande quantité de vin et de nourriture. Dans ces cas on peut observer, en outre des phénomènes que je viens de mentionner, des vomissements alimentaires qui viennent hâter la guérison.

---

## DES DIVERS PROCÉDÉS D'EXTRACTION

### DES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE ET DES FOSSES NASALES

Par M. **Témoin**, interne des hôpitaux.

---

Il ne se passe guère de semaines à l'hôpital de la rue de Sèvres, sans que l'on amène à la consultation un enfant qui s'est introduit un corps étranger dans l'oreille ou dans le nez. La nature de ces corps étrangers est très variée ; le plus souvent ce sont des perles, des boutons de bottines, des haricots, etc. Les moyens employés pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif dont nous nous occuperons tout d'abord, sont nombreux. Nous n'avons pas besoin de dire qu'avant de rien tenter, il faut s'être assuré soit par la vue simplement, ou avec le miroir de Trœlsch et le spéculum auris, de la présence du corps étranger. Ceci fait, le procédé que l'on recommande, et celui qu'on doit essayer tout d'abord, c'est l'injection forcée dans l'oreille. Le manuel en est connu. Il faut s'armer d'une grosse seringue de la contenance d'un demi-litre au moins, et se plaçant à 4 ou 5 centim. de l'ouverture du conduit auditif pousser l'injection vigoureusement.

Le liquide, ainsi poussé avec force, arrive sur la membrane du tympan, forme une sorte de remous derrière l'étranger et l'entraîne au dehors. Ce procédé qui paraît simple est cependant susceptible d'échouer dans certains cas. Pour qu'il réussisse, il faut tout d'abord que le corps étranger n'obture pas complètement le conduit; d'autre part, il arrive souvent que les enfants avant de venir à l'hôpital ont été conduits chez un médecin de la ville qui s'est efforcé de leur faire eux-mêmes à des tentatives d'extraction. Dans ce cas, le corps étranger est refoulé profondément, appliqué sur la membrane du tympan, et pour peu qu'il y ait du gonflement du conduit, l'injection forcée ne donne rien. Enfin, si le corps étranger est susceptible de se gonfler par hydratation, comme un haricot ou un pois par exemple, il faudrait être très réservé sur les injections, et si au bout d'un ou deux jours on ne réussit pas, on doit abandonner ce procédé. Tant qu'en effet, on ne tarde pas à voir la graine se dessécher. Outre les difficultés plus grandes d'extraction que présente ce gonflement, il donne lieu à des douleurs assez vives. En résumé, le procédé de l'injection forcée nous paraît devoir être réservé pour les corps étrangers de petit volume, et récemment introduits dans l'oreille.

Nous ne parlerons que pour mémoire des procédés tels que les sternutatoires et l'ébranlement du tympan par le patient, et du procédé plus étrange recommandé par Tulpius et Donatus. Un noyau de cerise peut-il être extrait du premier coup, « laissez-le dans le conduit auditif, où il ne manquera pas de se dessécher, alors vous le tirerez par la tige avec la plus grande facilité. Outre l'inconvénient qu'il y aurait à laisser une cerise dans le conduit auditif, assez longtemps pour qu'elle puisse germer, il nous paraît assez difficile d'exercer sur une racine une traction même légère sans qu'elle casse. Nous avons vu aux procédés d'extraction directe; divers autres ont été employés ou imaginés dans ce but.

• Lorsque le corps étranger est peu profond, q

çoit facilement, qu'il offre une prise suffisante, et que la surface n'est pas trop glissante, comme celle d'une perle, par exemple, une simple pince peut suffire pour l'extraire. Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. D'habitude le corps étranger est assez profond, et les mors d'une pince ne pourraient s'écarter suffisamment pour le saisir.

Dans certains cas on a pu se servir de la curette de Leroy d'Etiolles, de la canule pince de Bonnafont, d'un stylet, etc. Vidal, de Cassis, avait fait construire, pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille, une sorte de canule plate parcourue par un ressort de montre terminé par un bouton aplati. Delore, de Lyon, se sert d'une épingle dont l'extrémité est deux fois recourbée sur elle-même de façon à former crochet. Il introduit l'épingle à plat le long de la paroi inférieure du conduit, et lorsque son extrémité a dépassé le corps étranger il lui fait subir un léger mouvement de rotation de façon à ce que la pointe accroche le corps étranger.

Mais à tous ces procédés nous préférons celui qu'emploie journellement M. de Saint-Germain. Un seul instrument est nécessaire : une sonde cannelée pas trop rigide. Après s'être assuré de la présence du corps étranger, on coude légèrement l'extrémité de la sonde et on l'introduit le long de la paroi supérieure du conduit. Lorsque l'extrémité de la sonde a dépassé le corps étranger il suffit d'imprimer à l'instrument un léger mouvement de bascule en haut pour faire l'extraction. Dans six cas, que nous rapportons ce procédé a été employé et l'extraction a été faite sans difficulté.

Dans notre première observation, il s'agit d'une fillette de six ans, Suzanne D..., qui s'était introduit une perle dans l'oreille droite, il y a environ un an. Depuis cette époque, on lui avait fait tous les deux jours, des injections d'eau tiède, sans aucun résultat. L'enfant est amenée à l'hôpital le jeudi 19 octobre. Le conduit auditif est le siège d'une suppuration assez abondante. Après l'avoir détergé avec une injection d'eau tiède, on aperçoit la perle située profondément.

M. de Saint-Germain introduit la sonde cannelée préalablement coudée, et à la première tentative ramène le corps étranger. L'enfant ne manifeste que très peu de douleur, il se produit un suintement sanguin insignifiant.

Dans la deuxième observation, il s'agit aussi d'une petite fille, trois mois avant son entrée à l'hôpital, s'était introduit un haricot dans l'oreille droite. Après avoir nettoyé le conduit on aperçoit une petite portion du haricot dont la surface paraît ramollie et légèrement frisée; comme dans le cas précédent, M. de Saint-Germain emploie avec un plein succès la sonde cannelée.

Enfin dans quatre autres cas, dans l'un desquels il s'agit d'un fragment d'étain introduit dans l'oreille d'un enfant de cinq mois, le même procédé a obtenu le même succès.

En résumé, ce procédé se recommande par sa simplicité, sa facilité d'exécution et son innocuité absolue, ce qui ne laisse pas de constituer de grands avantages, si l'on réfléchit aux délabrements parfois irréremédiables que font courir aux malades le séjour prolongé de corps étrangers dans l'oreille et les tentatives inconsidérées d'extraction.

Les corps étrangers des fosses nasales sont au nombre aussi fréquents que ceux de l'oreille mais leur séjour entraîne pas des conséquences aussi graves. Si le corps étranger est introduit depuis peu dans les fosses nasales, il est facile de l'apercevoir et de l'extraire avec une simple pince ou une pince à polypes. Mais, souvent, ce n'est que longtemps après l'introduction, alors qu'il s'est produit par les narines un écoulement plus ou moins fétide, que les parents s'inquiètent et finissent par faire avouer la vérité à l'enfant. Dans ces cas, lorsqu'on vient à examiner soigneusement les fosses nasales, on n'aperçoit le plus souvent qu'une muqueuse rouge, excoriée, parfois on aperçoit le corps étranger enchâssé dans la muqueuse. Il faut déterminer s'il est mobile ou non et pour cela le meilleur instrument, celui que recommande M. de Saint-Germain, c'est une sonde à femme. Le bout arrondi de la sonde ne peut excorier

muqueuses, et son volume, assez considérable pour obturer une grande partie de la narine, permet de refouler le corps étranger sans qu'il y ait possibilité de glisser à côté. Le corps étranger, ainsi refoulé, arrive dans l'arrière-gorge et il est craché aussitôt ou bien il passe dans le pharynx et il est dégluti. On pourrait objecter le danger qu'il y a à voir le corps étranger tomber sur la glotte et dans les voies aériennes, mais si le fait est théoriquement possible on ne connaît pas d'exemple de cet accident. Un autre procédé que l'on peut employer est celui de l'injection à grande eau dans les fosses nasales. On introduit dans la narine restée libre une canule obturant bien l'orifice et l'on presse l'injection. Le courant d'eau revient par la narine opposée et chasse le corps étranger d'arrière en avant. Enfin dans certains cas on est obligé de fragmenter le corps étranger avec une forte pince, mais il est assez rare d'en arriver là. Dans ces derniers temps, M. de Saint-Germain s'est servi pour l'extraction des corps étrangers des fosses nasales du même procédé que pour ceux de l'oreille, de la sonde cannelée, coudée, et il en a retiré de bons résultats.

---

## INEFFICACITÉ DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DANS CERTAINES FORMES DE SARCOME CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur **L. A. de S<sup>t</sup> Germain.**

---

L'observation qui suit est intéressante, tant au point de vue du diagnostic de certaines tumeurs d'aspect sarcomateux que relativement à la marche et au traitement des tumeurs sarcomateuses de l'enfance.

Appelé au mois de juin 1884 près d'une petite fille âgée de 8 ans, fraîche et grasse, je constatai chez elle, à la naissance de la nuque, une tumeur rouge cerise de ferme con-

LADIES DE L'E

elée et entour  
strié.

ix mois enviro  
; quinze jours e  
volume d'une p  
on, à la palpat  
rant la nuit le s

te sur les part  
cutané.

3 père au sujet  
les apparence  
ait absolument  
blennorrhagie  
illeurs il ne fer  
vénériens, si ce  
it sain de la mè  
it l'état absolu  
de 3, l'absence  
pas d'élever la

it fait. A prem  
ngt ans, j'ava  
ome de la pire

qui fut accepté  
sthésie, une fo  
r et l'attira fort  
le du tissu cell  
rculairement à  
-cautère Paque  
l'abord et extir  
siée. Je fis m  
tissu enlevée  
mi-centimètre

Un pansement antiseptique fut appliqué, aucune réaction fébrile ne se produisit et la cicatrisation fut complète au bout de 22 jours.

J'ajoute que l'examen histologique de la tumeur fut fait par un micrographe autorisé, et que le résultat de cet examen fut : *tumeur sarcomateuse de la peau, devant récidiver dans un très court délai.*

Ne voyant pas qu'une confidence à ce sujet pût avoir des conséquences immédiatement utiles pour le traitement du petit malade, j'épargnai au père la connaissance de la vérité vraie et j'attendis les événements qui ne devaient l'éclairer que trop tôt. Deux mois après la cicatrisation complète, une petite tumeur se manifesta sur la partie latérale gauche de la nuque, et atteignit rapidement le volume d'un gros pois.

Comme la santé générale se conservait parfaite, je n'hésitai pas à proposer une nouvelle opération qui fut acceptée et menée à bonne fin, toujours avec le thermo-cautère.

Cette fois, si la cicatrisation fut plus rapide et ne demanda guère que quinze jours, la récurrence se fit aussi moins attendre et, un mois après, une nouvelle tumeur naissait sur la ligne médiane, à 3 centimètres au-dessous de la première.

Ma foi dans l'intervention à outrance se trouvait fort ébranlée; et à la suite d'une longue conférence avec le confrère qui m'avait assisté dans mes deux opérations, je déclarai que malgré les dénégations du père, malgré l'examen histologique, malgré tout enfin, j'exigeais qu'un traitement antisiphilitique fût énergiquement employé.

Des frictions mercurielles furent immédiatement mises en œuvre, un traitement à l'iodure fut conjointement institué; et comme au bout de six jours, une salivation se produisit, je me bornai à prescrire deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert, par jour.

Ma joie fut au moins égale à ma stupéfaction quand au bout de quinze jours de ce traitement, je vis la tumeur s'aplatir, pâlir, se ramollir pour enfin disparaître complètement



mois. Les faits que je viens de vous rapporter datent de 1884; j'ai eu depuis occasion de revoir l'enfant trois mois; aucune récurrence ne s'est produite et il ne reste, pour terminer l'opération, que deux cicatrices dues à la ponction, l'une aussi bien indiquée que l'autre. Je ne puis mettre qu'il y a eu erreur complète; il n'existait pas de sarcome de la peau. Je prie donc à ceux de mes confrères qui ont vu ce cas de vouloir et de manière de ces tumeurs, de bien noter la présence du témoignage porté par l'enfant.

Il ne s'agit donc pas de sarcome de la peau. Y avait-il de la syphilis héréditaire? Cette question n'est pas semblée admissible au premier abord, mais elle l'est devenue que par la rondeur des déclarations et par le bon aspect du reste de la tumeur. Je considère comme démontrée l'absence de syphilite et syphilitique ni que je ne considère pas aussi grosse question, mais il est évident qu'elle commence à pouvoir se déclarer. En présence d'une tumeur, il y a hyperplasie et la syphilis s'implante. C'en est assez pour que le dernier lieu appelé à une médecine empirique, cet appel, l'a prouvé cette fois.

Il y a donc une action de haute thérapeutique pour l'enfant, plus ambitieux que le mien, à la fois plus d'autant plus séduisante qu'elle est plus ostentatoire et l'honneur de la famille est entaché par les hypothèses et le rôle de ses malades. Parmi les médecins, encore l'art de guérir, sommes-nous parvenus à révéler celui de l'action d

l'organisme et à apprendre que le mercure guérit autre chose que la vérole ? Je n'y vois pour moi pas d'opposition et les notions qu'on nous a données autrefois sur la méthode altérante ne nous auraient peut-être pas mal préparés à une surprise de ce genre. Je ne me croirai pas du reste obligé de croire sans réserve à cette révélation quand elle se produira, pas plus qu'aux rapports entre la syphilis et la cause des tumeurs malignes, cancer ou autre, pour employer un traitement hydrargyrique ou mixte, non seulement après l'insuccès du traitement chirurgical mais avant, quand des signes cliniques me feront trouver une ressemblance décisive entre le cas à venir et celui que je viens de décrire.

Je dois dire pourtant qu'une récente tentative que j'ai faite en ce genre n'a pas été heureuse.

Une enfant me fut amenée à l'hôpital par un de nos confrères de l'armée dans les conditions suivantes. La santé générale de la petite malade avait périclité depuis plusieurs mois. Presque simultanément une tumeur peu volumineuse d'abord s'était montrée derrière l'oreille droite, au niveau du lobule puis avait envahi le lobule et la conque en se dirigeant du côté de la fosse temporale. Les ganglions cervicaux étaient pris.

La marche de cette tumeur était absolument envahissante.

Le diagnostic sarcome me paraissait évident ; mais l'opération ne me semblait pas faisable en conséquence de l'expérience acquise dans le cas cité plus haut. Je prescrivis le traitement hydrargyrique sans en attendre beaucoup de résultat, vu la nature promptement envahissante du sarcome ; aussi je ne fus pas très surpris quand, au bout de quinze jours d'essai les parents me ramenèrent l'enfant dont la tumeur s'était notablement accrue.

Décidé à ne pas tenter l'opération, à cause de l'étendue du terrain déjà envahi par le sarcome et de la difficulté d'en extirper la masse totale, je conseillai aux parents de prendre un autre avis que le mien. Une consultation fut demandée à plusieurs collègues et l'un d'eux jugea convenable de donner à l'enfant la possibilité de profiter, en tentant l'opération

de chance (une sur cent ou sur mille, à sa faveur.

resté sans nouvelles de cette enfant; ne fait apprendre ce qu'il est advenu comme ou j'écris ces lignes.

ce que m'écrit le confrère de l'armée c'est d'amener la malade à l'hôpital pour avoir je vous en prie, si possible, quelques nouvelles. Au l'honneur de vous présenter deux fois d'un sarcome derrière l'oreille droite. L'enfant a été opérée, comme vous le savez. X... La première fois le sarcome a nécessité, au bout de deux mois, une opération qui paraissait devoir réussir car elle avait enlevé les ganglions cervicaux engorgés. La plaie est presque totalement cicatrisée, mais cette fois récidivé sur place, il s'est formé une tumeur sarcomateuse qui a envahi presque tout le visage, en produisant une aggravation des symptômes. Les sarcomes sont disséminés dans le corps et s'en est développé surtout dans les os. Considérablement les tempes de chaque côté. Une exophtalmie très prononcée, et une déviation de l'axe des deux yeux.

En outre, il s'est formé dans la bouche, à l'angle du maxillaire inférieur du côté droit, une tumeur qui envahit une grande partie de la joue et a une odeur infecte que rien ne parvient à faire disparaître. L'enfant se plaint souvent du ventre, qu'on constate, par la palpation, l'engorgement des ganglions mésentériques. La petite fille a eu de la diarrhée depuis sa dernière opération. Le pronostic général ne laisse plus aucun espoir, et le malade, progressif, la teinte, cachectique; l'enfant est relativement bon, et l'enfant mange sans difficulté.

« Le traitement avait été seulement une nourriture substantielle, jusqu'il y a huit jours. Depuis cette époque, j'ai appliqué une ordonnance atténuée de M. Marc Sée : Iodure de potassium et liqueur de Fowler, jusqu'aujourd'hui bien supportée.

« Voilà la situation, toute intervention chirurgicale me paraît impossible, et nul espoir ne peut être gardé. »

On voit que, dans ce dernier cas, si le traitement antisyphilitique a échoué, l'intervention opératoire n'a pas été plus heureuse ; l'insuccès des deux méthodes pourrait bien tenir à la marche rapidement envahissante de la tumeur et cette supposition laisse le champ libre à de nouvelles tentatives dans la voie que j'ai indiquée.

---

## REVUES DIVERSES

---

**Beobachtungen über das Antipyrin bei Infectiösen Erkrankungen der Kinder.** (Remarques sur l'antipyrine dans les maladies infectieuses des enfants), par le Dr BUNGENROTH. (Charité. Annalen, 1886. XI. — Centralblatt für die medic. Wissenschaften 1886, n° 43).

Dans ce travail est étudiée, à l'aide d'un grand nombre d'observations, l'influence que l'antipyrine exerce sur l'évolution de diverses maladies infectieuses chez les enfants. Les résultats obtenus par l'auteur concordent en somme avec ceux des précédents observateurs.

La plupart des malades traités par l'antipyrine étaient atteints de fièvre typhoïde (22 cas). Le médicament a toujours été administré par la bouche, à l'exception d'un seul cas dans lequel on fit des injections sous-cutanées. Les doses doivent être en rapport d'une part avec l'âge et la vigueur des petits malades et d'autre part avec l'intensité et le stade de la dothiéntérie. Même chez les enfants âgés de 11 ans, 30 à 40 centig. d'antipyrine amènent ordinairement un abaissement notable de la température. Outre la défervescence on a noté toute une série de modifications favorables, les enfants sont plus calmes, leur intelligence plus

ouverte, dans la plupart des cas, la diarrhée diminue et paraît augmentée. Dans un grand nombre de cas les sueurs abondantes accompagnées d'une dilatation des veines cutanées. Parmi les accidents fâcheux provoqués l'auteur a observé surtout une tendance marquée au fait qui exige des dosages minutieux du médicament. L'antipyrine n'a exercé une action spécifique sur la maladie typhoïde.

Dans la scarlatine (10 cas) l'action antipyrétique du médicament se manifeste d'une façon beaucoup moins nette que dans la fièvre typhoïde. C'est particulièrement dans cette maladie qu'il importe de prendre grand soin du dosage de l'antipyrine.

L'auteur recommande de ne pas faire usage de l'antipyrine dans la diphthérie. La raison de cette proscription c'est que dans les cas très faibles, cet agent amène des symptômes de paralysie.

Enfin, dans la pneumonie, l'antipyrine a toujours donné des résultats très satisfaisants.

**Ueber die Wirkungen des Thallinum sulphurici** (du sulfate de thalline), par le professeur A. STEFFEN (Kinderheilkunde), 1886, T. XXV. Fasc. I.

Suivant le professeur Steffen, le sulfate de thalline est un médicament antipyrétique précieux dans le traitement des maladies de l'enfance. Le goût nullement désagréable, les enfants le prennent facilement dans un peu d'eau. En outre il ne provoque jamais de vomissements. L'action de la thalline se fait sentir le premier jour, une heure après son administration; la défervescence commence au moins 3 à 4 heures. La dose ordinaire varie entre 0,1 et 0,2 centigr., il est rare qu'on la répète plus de deux fois dans la journée. La température se trouve ainsi abaissée en moyenne de 1 à 2 degrés; dans un cas l'auteur a obtenu un abaissement de 4,6°. La défervescence varie selon les individus; elle dépend de la nature de la maladie. C'est ainsi que l'action du médicament se manifeste le plus nettement dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique, telles que broncho-pneumonie et phthisie chronique. Les résultats obtenus ont été bien moins satisfaisants dans la période d'état de la scarlatine, de la rougeole et de la diphtérie.

Le pouls et la respiration suivent ordinairement les variations de la température. La reprise de la température ne s'accompagne

tionnellement de frissons plus ou moins intenses et de cyanose. Enfin, l'auteur n'a jamais observé le collapsus.

---

**Ein Beitrag zur Therapie und Statistik der Diphtherie.** (Statistique et traitement de la diphthérie), par le Dr N. LUNIN (Archiv f. Kinderheilkunde, 1886. T. VIII. Fasc. 2).

Pendant l'année 1882 on a soigné à l'hôpital d'Oldenburg 296 enfants atteints de diphthérie. 164 d'entre eux succombèrent à la maladie, ce qui donne une mortalité de 55,8 0/0. Divers modes de traitement ont été employés, entre autres le sublimé, le perchlorure de fer, la chinoline, la résorcine, le brome et l'huile de térébenthine.

Le traitement par le sublimé a consisté en badigeonnages (toutes les deux heures, avec une solution de sublimé de 0,1 0/0) et en lavages du pharynx (avec une solution de 1,0 5000) au moyen de l'irrigateur de Rauchfuss. Le nombre des malades soumis à ce mode de traitement a été de 57; 43 d'entre eux présentaient la forme fibrineuse et 14 la forme phlegmoneuse septique. Chacune de ces formes fournit un nombre égal de décès, 13 pour la première (30,2 0/0) et 13 pour la seconde (93 0/0). Mortalité moyenne = 45,0 0/0. Chez deux malades, le processus d'abord fibrineux se transforma par la suite et devint phlegmoneux septique.

Le perchlorure de fer (tous les 1/4 d'heure, 1 goutte, 2 gouttes toutes les demi-heures) fut administré dans 94 cas, qui se subdivisèrent ainsi : 43 cas de diphthérie fibrineuse et 51 cas de diphthérie phlegmoneuse septique. Dans la première forme il y eut 14 décès (32,5 0/0), dans la seconde 39 (78,4 0/0), en tout une mortalité de 56,3 0/0. Dans tous ces cas on pratiqua en outre toutes les heures une irrigation du pharynx au moyen d'une solution d'acide borique à 3 0/0.

On a fait usage de chinoline, chez 28 diphthéritiques dont 19 présentaient la forme fibrineuse et 9 la forme phlegmoneuse septique. Il y eut 6 décès pour la première catégorie (31,6 0/0), et 9 pour la seconde (100 0/0); mortalité moyenne 53 0/0. La chinoline a été employée en badigeonnages (chinoline pure 5, eau distillée, alcool 50,0) et en irrigations (chinoline pure 1,0, eau distillée 500, alcool 50,2).

29 enfants ont été soignés au moyen de la résorcine (badigeonnages avec une solution à 10 0/0 deux fois par heure, et irrigations avec une solution à 1 0/0, 1 fois toutes les heures). Sur ces 29 enfants, 10 étaient atteints de la forme fibrineuse, et chez les 19 autres, la maladie avait pris un caractère phlegmoneux septique. Des premiers il en mourut 2

(20 0/0), des derniers 17 (89, 4 0/0), en tout une mortalité

Le brome a été employé chez 33 malades. (Badigeonnage par heure avec : Brome pur, bromure de potassium à 0,5 distillée 200; inhalation 1 à 2 fois par heure avec : brome de potassium, à 0,6 à 1,0, eau distillée 300). Les 33 cas se décomposent en 15 fibrineux et 18 phlegmoneux septiques. Dans la première catégorie il y eut 7 décès (47 0/0), dans la deuxième, Mortalité moyenne : 69,7 0/0.

Enfin, à 23 enfants fut administrée de l'huile de térébenthine par jour une cuillerée à bouche, ou encore 10 gouttes toutes les heures. La durée du traitement a été en moyenne de 2 à 3 jours, même de 10 jours. En outre, gargarismes avec une solution de brome à 3 0/0. Ce mode de traitement n'a pas donné de résultats brillants. Sur les 23 malades, 12 ont été atteints de la forme fibrineuse, 11 de la forme phlegmoneuse septique. Des premiers il en est mort 1 (8,3 0/0), des seconds 9 (81,8 0/0). Mortalité moyenne 43,4 0/0.

Si l'on compare les résultats qu'ont fournis les divers traitements on voit que pour la forme fibrineuse la mortalité a été fournie par l'huile de térébenthine (8,3 0/0), puis vienaient : le perchlorure de fer (20,0 0/0), le sublimé (30,2 0/0), la chinoline (31,6 0/0), le persulfate de fer (32,6 0/0), et le brome (46,7 0/0).

Dans la forme phlegmoneuse septique, la plus faible mortalité fut obtenue avec le perchlorure de fer (76,5 0/0), puis viennent : l'huile de térébenthine (81,8 0/0), le brome (88,9 0/0), la résorcine (89,5 0/0), le sublimé (90,9 0/0), enfin la chinoline (100 0/0).

On pourrait tirer de ces chiffres ces conclusions pratiques. Pour la forme fibrineuse, c'est l'huile de térébenthine qui constitue le traitement le plus actif, dans la forme phlegmoneuse septique, le mode de traitement le plus efficace sera le perchlorure de fer. Les cas de diphthérie fibrineuse ont été en tout au nombre de 43, y eut 43 décès, ce qui donne une mortalité de 100 0/0. D'un autre côté, 122 cas de diphthérie à caractère phlegmoneux ont été traités, dont 103 décès, ce qui donne une mortalité de 84,4 0/0. Dans les deux formes, on a 264 cas de diphthérie avec 146 décès, soit une mortalité de 55,3 0/0. En même temps que ces 264 cas, on observa à l'hôpital d'Oldenburg 32 autres cas, dans lesquels on ne fit usage d'aucun des modes de traitement décrits ci-dessus. Sur ces 32 cas, il y eut 18 décès. Par conséquent, on a un total de 296 malades avec une mortalité de 55,8 0/0.

complications du côté du larynx et des décès (72,6 0/0); ces 95 cas se décomposent en forme fibrineuse avec 47 décès (66,2 0/0), et en forme séreuse avec 22 décès (91,7 0/0). Ces complications il suit : sitôt qu'on apercevait des symptômes de laryngite, on faisait des inhalations avec une solution de chlorure de sodium (0,0025), ces inhalations duraient en moyenne 15 minutes toutes les heures ; en même temps, on faisait avaler aux malades d'une façon répétée (0,0025), et plus souvent encore de 15 minutes toutes les heures, selon l'âge). Lorsque les malades avaient des accès de suffocation, on avait recours au traitement hydrogène, on faisait avaler aux malades d'une façon répétée (0,0025), et plus souvent encore de 15 minutes toutes les heures, selon l'âge). Lorsque les malades avaient des accès de suffocation, on avait recours au traitement hydrogène, on faisait avaler aux malades d'une façon répétée (0,0025), et plus souvent encore de 15 minutes toutes les heures, selon l'âge). Lorsque les malades avaient des accès de suffocation, on avait recours au traitement hydrogène, on faisait avaler aux malades d'une façon répétée (0,0025), et plus souvent encore de 15 minutes toutes les heures, selon l'âge). Lorsque les malades avaient des accès de suffocation, on avait recours au traitement hydrogène, on faisait avaler aux malades d'une façon répétée (0,0025), et plus souvent encore de 15 minutes toutes les heures, selon l'âge).

En outre, le corps était enveloppé, pendant la nuit, de couvertures en laine, et les muqueuses humides, et la toux moins sèche (rales sonores et sibilantes). Ces enveloppements étaient renouvelés 6 fois dans les 24 heures.

Le chlorure de sodium administré comme expectorant, était donné par la méthode de la solution.

Il y eut 5 cas de guérison, 159 étaient des garçons et 137 des filles. La mortalité a été de 67,9 0/0. Chez les filles, elle

chez 217 malades; on a constaté 161 fois l'albumine dans les urines, et ces 161 albuminuriques 86 succombèrent et 75 survécurent. L'albumine dans les urines, depuis le moment de leur mort. Chez les 75 survivants, l'albumine dans les urines, au moment de leur mort.

---

hthérie. (Du traitement de la diphthérie),  
Petersburger medic. Wochenschrift, 1886,



Le traitement que l'auteur préconise contre l'administration *per os* d'une solution de sublimé des ganglions tuméfiés au moyen de l'ichthyol varie suivant l'âge des malades. Pour les enfants blimé 0,015 p. 120 d'eau distillée; de 6 à 7 : enfants plus âgés 0,045 : 240. Cette solution est en 1/2 heure, dans l'espace de 24 heures. Pe fants dorment, les doses sont administrées plus plus éloignées. La chambre du malade doit être aérée; comme aliments, du lait; pas de vin, pas avec l'ichthyol sont répétés 3 à 4 fois dans la , tourer le cou d'une épaisse couche d'ouate. Su local s'arrête dès le 2<sup>e</sup> jour du traitement. En m locales rétrogradent, l'état général se relève p tement doit être employé au plus tard le 3<sup>e</sup> jou n'a jamais observé aucun accident provoqué par

---

**Ueber einen Modus von Impftuberculose be logie der Tuberculose und ihr Verhältniss zu tuberculose par inoculation chez l'homme. — E et ses rapports avec la scrofule), par le Dr E Kinderheilkunde, 1886. T. VIII. Fasc. 2).**

En 1879, dix petits Israélites présentèrent, la circoncision (à peu près 10 jours), sur la p ulcérations, à contours irréguliers, d'une color: rent peu à peu toute la surface de la plaie. At tuméfaction et consécutivement suppuration de inguinaux. A ce moment on porta le diagnostic on la mit sur le compte de l'instrument qui av: En réalité, il ne s'agissait pas dans ces cas d' d'une tuberculose par inoculation survenue à la plaie préputiale par un rabbin manifestement ti genre ne sont pas absolument rares, déjà en rapporté deux faits en tous points analogues à résumer ci-dessus.

A l'occasion de ces faits, l'auteur étudie longu son évolution, son étiologie et ses rapports avec l ses opinions, sont conformes aux idées de Koch

---

**spinalis** (Un cas de méningite céré-  
N (Pester med. chirurg. Presse, 1886,

pinale épidémique et par conséquent  
riété de la même maladie, dont la  
ité. Cette forme sporadique est très  
observer un exemple. Une jeune fille  
, le 16 avril de cette année, un vio-  
alalgie très vive, de vomissements et  
se à l'hôpital 8 jours après le début  
onstate chez elle les symptômes sui-  
d'excitation considérable, elle tient  
des cris sans interruption. Pas de  
souffrance très vive. La région de  
indre pression exercée à ce niveau  
Raideur considérable de la nuque,  
des du dos et du tronc. La pression  
long du rachis, est très douloureuse.  
ement, la malade se couche sur le  
tre le pied du lit, la tête renversée  
vertébrale forme un plan concave.  
s modérément dilatées ne réagissent  
me irrégulier. Hyperesthésie cuta-  
seau apparaissent vite et persistent  
Ventre en bateau. Temp. 39°.

plète, en même temps état général  
érature s'élève de nouveau à 39° et  
ômes qui caractérisaient le début de  
blit enfin définitivement le 8 mai,  
suivies chaque fois d'une exacerba-

née dans l'évolution de la maladie  
trouve guère signalée dans les diffé-  
: cérébro-spinale, publiées par les  
le cas présent, un symptôme signalé  
ur pathognomonique. Ce symptôme  
ve des extrémités inférieures, pen-  
ade sur le ventre.

**Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Heilung eines thorax bei Lungentuberculosis.** (Guérison spontanée d'un thorax dans la phthisie), par le Dr NONNE. (Deutsche n Wochenschrift, 1886, n° 20).

La guérison spontanée du pneumothorax dans le cours d'un s'observe si rarement, que la plupart des auteurs considèrent cette complication comme fatalement mortelle. A. Weil n'a trouvé dans la littérature que 5 cas dans lesquels la guérison s'est produite sans intervention d'un exsudat et 4 cas seulement dans lesquels l'exsudat a fini par se résorber après l'apparition d'une pleurésie. A ces 4 derniers cas vient s'ajouter l'observation que N. a recueillie à la clinique de Heidelberg. Il s'agit d'un jeune homme âgé de 17 ans, qui présentait tous les signes d'une phthisie pulmonaire. Sept jours après l'apparition d'un pneumothorax localisé dans la cavité pleurale gauche, on nota un exsudat abondant du même côté. Après 6 semaines l'un et l'autre avaient complètement disparu. Les complications ne paraissent avoir exercé aucune influence fâcheuse sur le processus tuberculeux. Lorsque le malade quitta la clinique, l'état général était très satisfaisant et l'expectoration primitivement abondante était notablement diminuée.

G. BO

**Fractures at the Elbow in young Children (Fractures du coude chez de jeunes enfants),** par le Dr ROBERT ABBE. Soc. New-York, 24 septembre 1886, in *the New-York Med. Jour.* 23 octobre 1886. — Trois observations très nettes de fractures du coude de l'humérus.

1. Petit garçon de cinq ans, tombé du haut d'une voiture. Le coude gauche entre son corps et le sol. Examen après anesthésie générale. Proéminence diaphysaire en avant. Le tendon du biceps avait passé sur le côté interne de la diaphyse. Fracture du coude réduite manuellement, réduction et application d'une attelle inamovible. L'appareil est ôté après 25 jours et le mouvement permis. Au bout de 3 semaines, l'articulation fut absolument libre. Il n'est pas resté de déformité.

2. Enfant de 2 ans, tombant de trois marches sur le coude gauche. Examen après anesthésie générale. Proéminence diaphysaire en avant. Le tendon du biceps avait passé sur le côté interne de la diaphyse. Fracture du coude réduite manuellement, réduction et application d'une attelle inamovible. L'appareil est ôté après 25 jours et le mouvement permis. Au bout de 3 semaines, l'articulation fut absolument libre. Il n'est pas resté de déformité.

3. Enfant de 4 ans, tombé du haut d'une table. Ne s'est d'

que de son pouce, mais il y eut après de l'enflure du coude. Huit jours après, disparition de cet œdème mais déformation. Examen anesthésique. Crépitation perçue. Fracture diagnostiquée dans une direction déviant un peu de la ligne épiphysaire, près du condyle externe. La flexion s'arrête brusquement à angle droit mais le pouvoir d'extension est presque intact.

Remarques ajoutées par l'auteur.

1° Souvent les fractures, épiphysaires ou autres, du coude sont traitées comme des contusions et laissent après elles des roideurs articulaires,

2° La difformité qui consiste surtout en une saillie antéro-postérieure parallèle et supérieure à la ligne articulaire, n'est pas considérable. Le bord de cette saillie, plutôt mousse, est constitué par l'extrémité inférieure de l'humérus, portée en avant. Il n'y a pas ordinairement de saillie olécrânienne en arrière, comme dans les luxations.

3° La flexion articulaire est plus compromise que l'extension. La flexion est empêchée au delà des limites de l'angle droit par le contact qui s'établit entre l'extrémité inférieure de l'épiphyse humérale et le radius.

4° La réduction peut encore être opérée plusieurs semaines après le traumatisme si la déformation est assez grande pour réclamer cette intervention.

5° Une application de force manuelle suffisante pour produire la rupture du cal après un temps considérable est considérée par certains auteurs comme dangereuse pour l'intégrité de l'articulation. Mais cette force, qui doit être considérable pour mobiliser les fragments, quand on l'applique dans le sens de la flexion, peut être très amoindrie quand on fait l'extension forcée du coude et plus amoindrie encore quand on l'applique latéralement.

6° La lésion qui est produite dans une articulation infantile par une fracture de voisinage gagne à être laissée à elle-même. L'ankylose fibreuse qui est ainsi constituée permettant l'usage du bras, il vaut mieux laisser aux mouvements naturels le soin de la résoudre que de tenter cette résolution par des mouvements communiqués.

---

**The simplest and most efficient Treatment of Diphtheria (Du traitement le plus simple et le plus efficace de la diphtérie),** par le Dr WILLIAM H. DALY, de Pittsburgh. Pa. In *the New-York Med. Journ.* du 11 septembre 1886. — L'auteur ne s'arrête pas aux discussions qui ont cours sur la nature des angines diphtériques, diphtéroïdes ou croupales. Il ne discute pas la question de savoir si le croup mem-

braneux et la diphtérie sont une seule et même et constater que dans des angines ou des croups pour mort, la médication par le calomel a sauvé la vie à l

Cette médication n'est pas nouvelle : Sydney Smoppe, théologien, fort instruit en médecine, de la fin sauva sa petite fille (de 6 mois, par parenthèse) at lui donnant deux grains de calomel par heure, sur l ton, d'Edimbourg.

Le Dr William C. Reiter, de Pittsburgh, fort instr et très habile médecin, a mis ce traitement en œuvre années. On oublie pourtant généralement de citer livres de médecine quand on passe en revue les div cation du traitement mercuriel à la diphtérie (1).

Voici le mode d'administration de ce traitement q qu'on adopte ou qu'on n'adopte pas les idées du Dr logie et le traitement de la diphtérie.

Pour un enfant de trois à quatre ans atteint notoir et à temps, il faut donner le calomel pur, sans trit avec du sucre à doses de : grains deux à cinq (10 à 1 sec sur la langue, humectée ensuite avec un peu d'ea sur un peu d'eau glacée, dans une petite cuillère. Il dose à intervalles jusqu'à ce qu'une purgation abond selles doivent être attentivement surveillées et l'admi cament cesser lorsqu'on y voit flotter des masses géla sombre biliforme, assez semblables à un hachis d'épir augmenter les intervalles entre les doses de manière deux jours. Il vaut mieux cela que de diminuer les d de chances ainsi d'arriver à la salivation.

L'auteur a été surpris du peu de dépression que ca rie la répétition de ces fortes doses de calomel et aus salivation. Dans ces conditions, la membrane s'exfo la fièvre tombe, l'activité renaît. Il faut même comba disposition de peur qu'une paralysie du cœur ou une tout à coup apporter une terminaison fatale à un état s

Le Dr Reiter avait l'habitude de faire alterner les d

---

(1) A Monograph on the Treatment of Diphtheria Etiology and Pathology, by William C. Reiter, chez J. 1878.

à potasse. Le Dr Daly n'a pas trouvé d'utilité à s'être borné aux larges doses de calomel, mais à un régime liquide mais fortifiant.

Un traitement si efficace est en même temps compatible avec les soins et pour le malade, plus commodes, les insufflations, les fumigations, etc. Quelques règles qui doivent être scrupuleuse-

ment pur.

La nature de la purge abondante, caractéristique, doit être à la fois légère et nutritive.

se.

Il n'a pas eu à avoir trouvé un remède nouveau ni un traitement qui maintient seulement qu'après avoir essayé pour cette affection, il a, depuis cinq ans, constaté que par aucun autre moyen et cela dans les familles, au sein de la population pauvre, les précautions hygiéniques. Ses confrères de Pittsburg et leur expérience commune a porté sur une chose à ceux qui tenteront d'obtenir exactement les règles qu'il a posées.

---

**vajuolo dei bambini (Des accès éclamptiques), par le Dr Alf. MONTEFUSCO, in 1886.**

Généralisées sont l'expression la plus caractéristique du système nerveux propre à l'enfance ; elles surviennent au cours des maladies infectieuses. Les observations intéressantes de convulsions dans les maladies infectieuses Domenico Cotugno, petite vérole.

à 5 mois. Signes de grande agitation. Montée et des mains dès le début. La veille de la crise qui a duré une demi-heure, avec roulement. Autre convulsion deux jours après dans les muscles du visage, puis s'étendant aux

autres régions. Convulsions toniques et cloniques de tous le du corps pendant quelques minutes. Diminution d'intensité, pissement persistant pendant quelques jours. Attaque conv forte le 6 janvier, mouvements rapides et continuels du max rieur, œdème du visage, élévation de température, battemen accélérés, respirations fréquentes, émission involontaire des f urines. Accalmie. Collapsus et mort.

La forme de la variole était très confluente. A l'entrée de la période de suppuration n'était commencée qu'au visage; corps était couvert de papules. Au moment de la mort la s s'était étendue et la dessiccation était commencée au visage.

OBS. II. — Esposito Agostino, 3 ans, non vacciné. Eruption au visage seulement et suppuration commencée exclusivement à Dès le début de la maladie, contractions énergiques des muscles mouvements convulsifs des membres supérieurs et convulsions Une seule fois les mêmes phénomènes se sont répétés dan ordre pendant le séjour à l'hôpital après la complétion de l'é

OBS. III. - Manco Antonietta, 10 jours, non vaccinée. excessive du système nerveux manifestée dès la naissanc d'éclampsie générale signalant le début de la variole, deux , l'éruption qui fut très confluente. Autres convulsions après de séjour à l'hôpital. Agitation d'abord, cris, convulsions pa membres inférieurs puis convulsion généralisée. Contractions ques des muscles abdominaux et thoraciques. Enfin, assoi Répétition des mêmes phénomènes, peu de temps après spasn mort par suffocation.

OBS. IV. — Rota Carolina, 16 mois, non vaccinée. Da jours qui ont précédé le commencement de l'éruption, agitati contractions isolées de certains muscles du visage, pas de c Eruption discrète. Pustules sur le visage, papules sur le corp de la variole, régulier d'ailleurs, a été marqué par deux attaq sives partielles, la seconde plus courte que la première.

Les phénomènes convulsifs de la variole ont été notés par l leurs anciens, Sydenham, Cotugno, de Haen, Brachet, Gerb: été en général placés par ces auteurs, puis par Minervini l'éclampsie extra-cérébrale chez les enfants, 1857) et Soltmai cation des éclampsies), parmi les troubles nerveux d'origine l c'est-à-dire résultant de la nutrition imparfaite de la substan par un sang vicié.

Certains auteurs ont affirmé que l'éclampsie symptomatique n'était pas précédée de prodromes. On a vu que cette assertion n'est pas exacte.

On a vu aussi que la convulsion éclamptique dans la variole ne se généralise ordinairement pas d'emblée.

Il y a, au commencement de l'accès, une augmentation de température, qui continue, dans une certaine mesure environ deux jours après.

Le spasme de la glotte est une des complications les plus funestes et les plus fréquentes de la variole. La respiration peut être suspendue ou remplacée par des mouvements de déglutition de l'air (Ozanam).

Rilliet et Barthez disent ne jamais avoir observé d'accès éclamptiques au début de la variole, et Vogel, qui en a observé au début, dit n'avoir pas vu de récidives au cours de la maladie. Les faits observés sont en contradiction avec ces assertions.

L'auteur a rencontré l'éclampsie dans toutes les formes de la variole et non pas seulement dans les formes graves, comme certains auteurs ont prétendu que cela était de règle.

Il ne peut non plus comme Sydenham considérer l'éclampsie au début de la variole comme une donnée pour établir un pronostic favorable.

Il tendrait plutôt à croire que l'éclampsie en elle-même ne peut pas servir de critérium pour le pronostic. L'intensité, l'étendue, la durée, la fréquence des attaques fourniraient, au contraire, des bases sérieuses pour un pronostic grave.

---

**(Mumps. Orchitis. Rheumatic Fever. Chorea (Orchite, fièvre rhumatismale et chorée, chez le même sujet), par le Dr CHAS-AITKEN, in the Brit. Med. Journ., janv. 22, 1887.**

L'observation qui va suivre a de l'intérêt après les discussions qui ont eu lieu récemment sur le rhumatisme consécutif à plusieurs autres affections.

L'auteur a été appelé, il y a deux mois, pour voir un enfant de douze ans souffrant cruellement du testicule gauche, l'examen montra que cet enfant était justement en voie de convalescence d'une attaque d'oreillons à l'influence de laquelle fut attribuée la métastase testiculaire.

Des cataplasmes vinrent à bout de cette complication, mais à peine le jeune sujet en était-il remis qu'il fut aux prises avec une fièvre rhumatismale, caractérisée par des douleurs dans toutes les articulations mais sans manifestations cardiaques. Le traitement par la salicylate de soude réussit parfaitement. Cinq ou six jours après, il n'était plus question de douleurs.

Le sixième jour, à la visite du médecin, le petit malade se mit à jeter



ses bras de çà de là, poussa des éclats de rire si que peine à répondre aux questions, et aussitôt d'une attaque de chorée, plus marquée à droite

Un traitement à l'iodure de potassium et à quelques jours après, l'enfant était convalescent. faiblesse.

**Intubation of the Larynx (Tubage du larynx),**  
pective de l'année (*Retrospect*) du *Brit. J*  
cembre 1886).

On a l'habitude d'attribuer les succès trop fré à ce fait que l'opération est souvent reculée , où le malade est déjà tout près de succomber à

Parmi les différents moyens de suppléer , nombre croissant des cas de diphtérie dans l'A gérés aux médecins de ce pays, il faut mentio imaginé par Loiseau et par Bouchut, mais ren mière fois par O'Dwyer.

On dit qu'avec un peu d'exercice il n'y a plu spéciale dans l'introduction du tube. Ce tube latéralement, à l'exception d'une courte portio laire pour le maintenir en place et empêcher q dant la toux. La longueur du tube dépend natu du larynx. Il doit être assez long pour s'étendre à travers la fente glottique jusqu'à un demi-pou trachée. La plus grande objection qui existe con être la difficulté d'avaler les liquides due à l'obs supérieure du tube aux fonctions de l'épiglotte ment fréquent du tube dans les efforts de la t nient pourrait, paraît-il, être évité avec un t méthode est préconisée comme donnant de 1 trachéotomie mais les cas connus de son applic assez nombreux pour permettre d'établir une s

Dr I

*Le Gérant*

# RE MENSUELLE

DES

# S DE L'ENFANCE

---

**Mars 1887**

---

## AUX ORIGINAUX

---

### LA CIRRHOSE INFANTILE

régent de la faculté, médecin des hôpitaux de Lyon,  
et de M. Honorat, interne des hôpitaux.

---

même les plus modernes, s'accordent à  
du foie une affection de l'âge adulte.  
titielle chez les enfants, dit Gerhardt,  
rare, et, si l'on écarte avec soin toutes  
les lésions du foie qui sont le fait de la syphilis, il  
n'y a pas ombre de cas pouvant témoigner de  
la cirrhose infantile. » Rilliet et Barthez, Bar-  
ranger, Despine et Picot et Descroizilles,  
sont dans le même sens. Or, depuis trois  
ans chargé d'un service d'enfants, nous  
avons observé cinq cas d'hépatite intersti-  
tielle de trente et quelques lits. Bien que le  
fait soit en contradiction formelle avec ce qui est  
généralement admis, nous hésitons à le considérer comme  
nouveau ; du reste, quelques recherches som-  
mes de recueillir, dans diverses publica-

tions périodiques, environ 51 cas de cirrhose. Les auteurs anglais nous ont fourni le contingent le plus considérable. Ces observations seraient peut-être plus nombreuses sans la confusion si facile faite avec la péritonite tuberculeuse, erreur que nous nous sommes mise nous-même et qu'il est parfois impossi

**ETIOLOGIE.** — De ces faits, très incomplets pour la plupart, il se dégage néanmoins une conclusion assez importante, qui paraît avoir échappé aux auteurs classiques, à savoir : qu'il existe des hépatites absolument étrangères à l'influence banale de l'alcool.

*Fièvres infectieuses.* — A diverses reprises nous avons été frappé des troubles hépatiques passagers qui persistent, qui suivent les fièvres infectieuses. On a vu le facteur insidieux et jusqu'à présent ignoré, en dehors de l'alcool et de la syphilis, est cause de l'hépatite interstitielle, chez l'enfant surtout, l'hépatite interstitielle.

Pénétré de cette observation, nous avons cherché à trouver des lésions hépatiques dans les maladies infectieuses. Sans nous douter que nous avions été précédés par un certain nombre de pathologistes, nous nous contenterons de citer : Friedländer, Wagner, Weigert et notre savant ami le professeur Kohn. Ces différents auteurs toutefois s'étaient bornés à constater des lésions hépatiques transitoires, sans établir de lien entre ces altérations anatomiques avec la cause infectieuse.

Nos recherches ont porté sur la plupart des fièvres infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, diphtérie, etc.), et si nous avons pris le foie de rougeoleux, d'étude, c'est uniquement dans le but de préciser le rôle du foie dans un nombre considérable des autopsies, constituant une série à l'aide de laquelle il serait facile d'établir la marche de la maladie dans toutes ses phases, depuis la simple inflammation jusqu'à la cirrhose confirmée.

Un doute s'était présenté à notre esprit : la richesse beaucoup plus considérable du tissu conjonctif intra-hépatique chez l'enfant avait-elle pu nous en imposer, et nous faire prendre une disposition normale, pour une lésion pathologique ? — Pour répondre à cette objection nous avons réussi à nous procurer un foie d'adulte provenant d'un rougeoleux ayant succombé à l'hôpital militaire et nous y avons rencontré les mêmes lésions.

D'une façon générale, le foie est légèrement augmenté de volume, la couleur en est très variable. Il existe, soit à la surface de l'organe, soit sur les coupes, une marbrure grisâtre, le plus souvent irrégulière, mais qui nous a rappelé dans quelques cas le foie muscade. L'intensité de cette marbrure ne correspond pas toujours à des lésions histologiques très avancées ; elle nous a paru dépendre surtout de la distribution topographique de la graisse dans les éléments du foie.

Les cellules hépatiques sont troubles, infiltrées de graisse, tantôt uniformément, tantôt à la périphérie, ou bien encore dans un point quelconque du lobule. Les capillaires intralobulaires sont la plupart du temps dilatés ; le tissu conjonctif est beaucoup plus abondant qu'à l'état normal, au niveau des espaces portes, qui sont agrandis ; parfois, la néo-formation conjonctive se prolonge de façon à réunir deux ou trois espaces en pénétrant par les fissures.

Les tuniques artérielles et veineuses sont épaissies, et comme entourées d'un manchon de tissu conjonctif correspondant à diverses périodes d'organisation.

Les canalicules biliaires sont dilatés et beaucoup plus apparents qu'à l'état normal. Sur certains points des espaces portes, les noyaux de tissu conjonctif s'orientent en lignes et forment des traînées de pseudo-canalicules. Bien que la lésion soit plus fréquente à la périphérie du lobule, on rencontre également des amas de cellules embryonnaires et plus tard des îlots de tissu conjonctif au sein même du lobule.

Ces altérations, frustes sur certaines pré parfois très accusées et constituent une véritable interstitielle qui n'a rien de commun avec les lésions embryonnaires qu'on rencontre à l'état des canalicules biliaires.

Ces lésions, comme on le voit, n'ont absolument de systématique; leur caractère essentiel est la diffusion.

De telles altérations des éléments anatomiques fatalement persistantes? Nous ne le pensons pas; nous croyons qu'elles sont le plus souvent passagères; mais, dans quelques cas, elles peuvent devenir permanentes et constituer de vraies cirrhoses comme les lésions persistantes des reins qui surviennent aux néphrites infectieuses (1).

On nous permettra d'emprunter à la thèse de M. L. d'une préparation provenant de notre collection et sentée en chromolithographie à la fin de ce volume, pl. I.

La topographie générale de la préparation (fig. 1), se rapproche de ce qu'on voit normalement; les vaisseaux se dessinent assez bien; les espaces portes et les sinus hépatiques sont très manifestes.

Le tissu conjonctif des espaces portes est très proliféré; sa coloration rouge, plus ou moins intense, permet de distinguer le tissu adulte de celui nouvellement formé. La lumière des vaisseaux est agrandie ainsi que celle des canalicules adultes. On voit distinctement de petites traînées et des amas circulaires de même couleur, qu'un très fort grossissement nous fera reconnaître comme pseudo-canalicules biliaires.

Le tissu conjonctif porte déformé souvent l.

---

(1) Extrait d'une communication faite à la Société de pédiatrie le 10 juin 1886.

fois, il envoie des travées fibreuses  
raînées de tissu connectif tantôt se  
ce de la circonférence du lobule,  
e partie. On en voit rejoindre la  
tres font communiquer deux espa-

fortement entourée de tissu con-  
ques à celles déjà décrites en par-  
en général d'une importance moin-  
te distance de leur point de départ.  
ulaires dilatés forment des lignes  
les boyaux cellulaires.

t atteintes en partie de dégénéres-  
se envahit principalement les cel-  
jonctif de nouvelle formation.

*même foie.* — Coloration au picro-  
tif 7 de Verick.

*conjonctif.* — Le tissu conjonctif  
siège d'une infiltration cellulaire  
petites, rondes, colorées en rouge  
es cellules embryonnaires ; elles  
, plus nombreuses et en amas en  
minées en d'autres. A la circonfé-  
répandre entre les cellules hépati-  
nce les capillaires intra-lobulaires  
portes, ces cellules reposent par  
fibrillaire très ténu ; nous avons  
x du tissu conjonctif jeune.

cellules rondes sont en très grand  
f est encore embryonnaire ; il est  
sseaux et des canalicules biliaires  
élastiques sont très nombreuses

verses périodes de formation, est  
qu'à l'état normal. Il pénètre très  
irs endroits, dans l'intérieur du

lobule. Rarement il émet de grandes travées fibronnantes franchement le lobule; plus souvent petits faisceaux conjonctifs séparant du lobule des cellulaires plus ou moins importants, quelquefois ou tri-cellulaires. Parfois des prolongements suivent la trame fibreuse des capillaires intra-lobulaires sectionnent les boyaux cellulaires, de façon à former des îlots entourés d'une mince couronne conjonctive.

*Vaisseaux.* — La lumière des vaisseaux est agrandie; un tissu conjonctif dense les entoure.

*Canalicules biliaires.* — Dans les espaces où le tissu conjonctif est en grande abondance, les vaisseaux biliaires sont beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal. Les canalicules de gros calibre sont très apparents. Les plus petits sont représentés par des pseudo-canalicules à lumière étroite, formés par deux rangées de cellules; chaque canalicule est constituée par un seul rang d'éléments cellulaires les uns aux autres. On voit aussi de ces pseudo-canalicules coupés transversalement; ils se présentent sous forme de cellules cellulaires, circulaires, à lumière centrale virtuelle. Nous retrouverons ces mêmes canalicules de nouvelle formation mais alors en très grand nombre sur les préparations de foie cirrhotique.

*Lobule.* — Le lobule a en général conservé sa structure normale. Cependant, on voit souvent le tissu conjonctif empiéter sur la circonférence du lobule, effacer son contour et envoyer dans son intérieur des travées embryonnaires accompagnées ou non de minces couronnes conjonctives. Le lobule est pénétré beaucoup plus par des traînées de tissu conjonctif adulte; nous ne voyons pas de ces traînées unir deux espaces portes.

Les capillaires intra-lobulaires sont très dilatés de sorte que les boyaux cellulaires sont éloignés les uns des autres. Nous n'avons pas pu nous rendre compte de l'état de leur endothélium. C'est surtout à leur périphérie que les éléments embryonnaires envahissent le lobule.

Les cellules ne présentent pas d'autres lésions que la dégénérescence graisseuse, très marquée par places. Les cellules envahies par la graisse ont l'aspect de globules réfringents ; en général ce ne sont pas de fines gouttelettes graisseuses éparses dans le protoplasma ; tout l'intérieur de la cellule est envahi.

*Veine sus-hépatique.* — La veine intra-lobulaire est le siège d'une périphlébite évidente ; un manchon fibreux, infiltré de cellules embryonnaires, l'entoure et envoie dans le tissu propre de la glande des prolongements de volume et de forme variables. Nous avons vu, mais très rarement, quelques-uns de ces prolongements aller rejoindre les espaces portes.

Peu de temps après notre communication à la Société de biologie, M. Siredey publiait dans la Revue de médecine un travail dont les conclusions se rapprochent singulièrement des nôtres, avec cette seule différence toutefois, que, M. Siredey ne signale pas la prolifération des canalicules biliaires comme une lésion anatomique constante dans les maladies infectieuses, alors que de notre côté nous n'avons jamais pu apercevoir, comme lui, une modification quelconque de l'endothélium des capillaires sanguins du foie.

Un de nos malades, atteint de scarlatine, avait présenté de l'ictère, un foie énorme, de l'ascite, de l'albuminurie ; il a malheureusement succombé à une lésion rénale qui n'a pas permis le développement plus complet de la cirrhose dont nous avons en quelque sorte surpris le début. Néanmoins, les lésions que nous venons de signaler étaient très apparentes à l'autopsie.

Parmi les observations qui nous sont étrangères, nous avons relevé cinq fois l'influence d'une fièvre éruptive non seulement à titre d'antécédents, mais comme cause directe d'une cirrhose ultérieure (1). Cette circonstance paraît ne pas avoir échappé à Barlow, de Londres, qui dans une de ses

---

(1) Obs. de Mauthner, Cazalis, Hayden, Fox, Bouchut, etc.



leçons parle d'une « Cirrhose scarlatine » évidemment un abus de langage, mais il n'a l'idée d'une relation établie par cet auteur entre la scarlatine et la cirrhose consécutive.

*Tuberculose.* — L'influence de la tuberculose sur la production de la cirrhose est identique; une vraie cirrhose tuberculeuse sans grande exception l'ont enseigné Sabourin (Arch. phys., 1883 et Thèse de Paris, 1884). Parmi les 51 observations que nous avons pu rassembler, l'étiologie de la tuberculose a été relevée 7 fois.

*Syphilis.* — Nous n'irons pas jusqu'à nier l'influence de la syphilis sur la cirrhose, mais Grisey (Thèse de Paris, 1884), la cirrhose syphilitique n'est pas exactement la cirrhose syphilitique; l'influence de la syphilis sur la cirrhose vraie : qu'il nous suffise de dire, que le rôle de cette diathèse a été exagéré, et que plus, qu'elle était incriminée à tort ou à raison, qu'on ne pouvait mettre en cause l'action de la lithiase biliaire.

*Alcool.* — L'origine alcoolique de la cirrhose est la plus commune, la moins discutée, surtout dans les classes pauvres les enfants sont exposés à l'ivrognerie dès leur bas âge. Nous pouvons citer une de nos observations où cet antécédent est établi de la façon la plus nette. Nous signons sans nous y arrêter, l'opinion du professeur Bouchard qui a mis en question la possibilité du développement de la cirrhose chez les jeunes enfants allaités par leur mère alcoolique.

Parmi les causes plus rares de cirrhose nous mentionnerons également l'inflammation chronique (obs. de Gordons, rapportée dans la thèse de 1884), les brûlures de l'abdomen (obs. du British Medical Journal), l'influence du froid et des traumatismes.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Suivant la

est augmenté ou diminué de observations le poids de l'organe te... La couleur générale du le jaune gris, plus ou moins le la graisse. La surface de nais toujours « hobnailed » ités de dimensions plus iné- ntre dans la cirrhose de l'a- dont la surface du foie est me d'une grosse noix à celui nsistance à la coupe est tou- s le plus souvent la lame du graisse.

sions histologiques surtout, s a paru présenter quelques ettement de la cirrhose com- les observations que nous ie l'examen histologique soit fait mention de la présence se. Sur trois autopsies pra- us avons constamment ren- t-à-dire une cirrhose mixte, et à bords serpigineux, avec ence grasseuse des cellules abondante des canalicules a pseudo-adénome.

qui va suivre provient du foie d'un ns notre service à une cirrhose de Le foie petit, globuleux, présente es, parsemées de petits points de le la cirrhose atrophique.

reconnaitre les lésions suivantes : onjonctif s'étale en larges bandes tes qui sont certainement plus que breuse du tissu conjonctif adulte ; n aspect pointillé démontrent qu'il

se trouve encore, dans ces points, à l'état embryonnaire. Ce tissu conjonctif adulte ou embryonnaire empiète parfois sur les lobules, il pénètre leur intérieur sous forme de traînées fibreuses, qui vont se perdre de distance de la circonférence du lobule ou gagnent jusqu'à la centrale ; cette veine présente aussi une prolifération conjonctive pourtour. La cirrhose nous a paru presque toujours mono-lobulaire : les espaces séparant les lobules sont parfois plus étroits, cette dimension de largeur relative ne va cependant pas jusqu'à la normale, c'est que le tissu conjonctif est plus ou moins développé, mais existe toujours en plus grande abondance qu'à l'état normal ; ce n'est qu'une affaire de degrés.

*Canaux biliaires.* — Dans toute l'étendue du tissu conjonctif proliféré, on aperçoit de petits traits rouges de dimensions et de variables ; d'autres fois, ce sont de petits amas circulaires.

Nous parlerons tout à l'heure plus longuement de ces productions. L'examen à un fort grossissement nous fera reconnaître comme des canaux biliaires de nouvelle formation.

*Lobules.* — Les lobules, très distincts au milieu de leur tissu conjonctif, sont en général de petit volume ; plus le tissu conjonctif circumvoisin est abondant, plus ils sont petits. Leur forme est circulaire ou elliptique, plus rarement irrégulière. Leur circonférence n'est interrompue en certains endroits par la néo-formation conjonctive ; en d'autres points, les traînées fibreuses pénètrent profondément le lobule, quelquefois jusqu'à son centre. Ces traînées fibreuses séparent parfois un lobule cellulaire du lobule dont il fait partie, mais ce fait est rare. Principalement au niveau des points où les cellules hépatiques sont en contact avec le tissu conjonctif, on observe une dégénérescence graisseuse assez avancée. Les cellules du foie sont infiltrées de graisse ou même remplies par des blocs réfringents déjà visibles à ce faible grossissement. Les cellules du foie non graisseuses ont conservé leur aspect normal.

Oculaire 1, objectif 7 de Verick. — *Tissu conjonctif.* — Le tissu conjonctif est très développé au niveau des espaces portes. En général, il présente la disposition fibrillaire dense et épaisse du tissu conjonctif adulte, mais par places assez étendues, on le trouve à l'état jeune. Dans les derniers points, il est infiltré d'un nombre considérable de cellules embryonnaires, réparties sans ordre ou formant des amas irréguliers entourés de tissu plus âgé. Les lobules hépatiques se séparent nettement sur leur circonférence, du tissu conjonctif, sauf en certains endroits où celui-ci envoie des traînées dans leur intérieur. Nous avons déjà

et traînées. Avec le plus fort grossissement, elles terminent en pointe ou par de très petits prolongements entre les cellules; on peut voir aussi des cellules embryonnaires. Dans les points où se présente sur une légère portion du lobule, en suivant le contour, on constate la présence de nombreux vaisseaux (?) se répandant entre les cellules hépa-

tes. Le tissu des vaisseaux portes est légèrement augmenté d'un manchon conjonctif, très épais dans les points où se trouvent les cellules embryonnaires. La veine sus-hépatique présente une augmentation de lumière et ce manchon se prolonge en un point le tissu conjonctif péri-sus-hépatique des espaces portes.

Ce sont eux, qui, dans les préparations que nous avons fait, ont le plus d'intérêt. Dès qu'une bande de tissu conjonctif paraît sous le microscope, on aperçoit sur la coloration jaune du tissu environnant, des canaux blancs, leur nombre est très élevé, ils zèbrent, et se prolongent. Leur volume est variable. Tantôt ils se prolongent par l'accolement de deux lignes cellulaires, tantôt ils occupent un espace à peine perceptible; tantôt ils sont complètement pourvus d'épithélium cubique, et interceptant une lumière assez

grande. Les uns dans le sens de leur longueur, les autres perpendiculaire à leur direction. Les premiers sont droits, en crochets, courbés, etc.; on voit parfois deux de ces canaux secondaires, circulaires, varient, ainsi que nous

l'avons vu, n'ont rien qui les différencie des canaux de la conjonctive dont ils sont entourés. Les plus intéressantes sont les suivantes : des cellules embryonnaires, plus ou moins elliptiques ou cubiques, s'accroissent l'une contre l'autre pour former une paroi; une autre paroi se forme à une distance parfois si petite que les deux parois se touchent. L'accolement est d'autant plus parfait que la formation

du canalicule est plus avancée. Tel est l'aspect des pl longitudinaux.

Ceux qui se montrent sur une coupe transversale pr aspect de cellules accolées les unes aux autres dans l petit diamètre, pour former la paroi, le nombre des c la lumière du canal. Elles paraissent former au canal thélial. Le tissu conjonctif qui entoure tous ces cana avancé en organisation, affecte d'autant plus la dispos que le canalicule est plus avancé dans son évolution.

*Lobule et cellules hépatiques.* — Ce que no tissu conjonctif fait prévoir les lésions du lobule en gé modifiée par le tissu connectif qui l'environne, pénétr ou déforme ses bords.

L'altération dominante de la cellule est la dégéné Le protoplasma est remplacé par une ou plusieurs gentes ; l'enveloppe est en général intacte ; le noya périphérie. Cette dégénérescence n'atteint pas ind les cellules. Il nous semble qu'on peut établir la règ marche de l'envahissement graisseux : les cellules c celles qui sont immédiatement en rapport avec les tr lobulaires ou avec la veine sus-hépatique sont les p fortement atteintes.

Les capillaires intra-lobulaires sont plus distendi nous a pas été possible de nous rendre compte des lé thélium.

De la description précédente il nous sembl clure au type « cirrhose hypertrophique gra gré l'aspect petit et globuleux du foie noté à

OBS. II — La description suivante se rapporte à du service de M. le Dr Meynet, notre prédécesseur, confié l'examen histologique. Il s'agit d'une cirrhose coolique observée chez un enfant de 13 ans.

A l'autopsie, on trouve un foie petit, ratatiné, et ordinaire de la cirrhose.

*Examen microscopique.* — Tissu conjonctif. ' est très proliféré au niveau des espaces portes ; il pénè des lobules et parvient quelquefois jusqu'à la veine s

avec le tissu conjonctif qui entoure la veine, dissocie des parties de lobule en formant des îlots.

De même que dans le foie Veysselier on aperçoit le tissu conjonctif de petits traits rouges ou de petits vaisseaux ; ce sont les canaux biliaires de nou-

velles portes sont dilatés et entourés d'une épaisse capsule sus-hépatique offre les mêmes lésions. Les vaisseaux se présentent en traînées blanches beaucoup.

Les îlots, pénétrés, dissociés par le tissu conjonctif. De nombreux noyaux libres et des cellules isolées entre les cellules hépatiques.

La cirrhose est très avancée. Comme dans le foie Veysselier, la capsule est développée dans le voisinage du tissu conjonctif, au lieu du lobule, autour de la veine centrale.

Verick. — L'examen à ce plus fort grossissement fait connaître que le tissu conjonctif déjà observé est embryonnaire. De nombreuses cellules isolées, se remarquent dans sa masse. Les îlots de formation sont très nombreux ; leur destruction de ce que nous avons dit pour le foie

est très graisseuses.

Les lésions identiques à celles précédemment observées nous amènent à la même conclusion : « cirrhose ».

Il consiste surtout en ce qu'un seul des deux foies n'a pourtant pas exclu l'identité des deux.

Nous avons encore l'autopsie du nommé Emile, nous en faisons l'observation.

— Foie petit, bosselé, parsemé de saillies de la grosseur d'une petite cerise et sont pédonculés ; consistance dure. A la coupe, tissu conjonctif dissocie l'organe.

## REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

histologiques sont tellement semblables à celles que nous ire (foie Veysselier) qu'il serait inutile et fastidieux d'en escription.

TOLOGIE. — La symptomatologie de la cirrhose est peu de celle de l'adulte ; les symptômes du fondent avec ceux de la congestion hépatique. Digestifs variés, alternatives de diarrhée et de , douleurs abdominales vagues augmentées par accroissement du volume du foie, avec ascite ation des veines sous-cutanées abdominales, que ou subictérique du visage, tels sont les phénomènes qui attirent d'abord l'attention.

Les symptômes, l'ictère est sans contredit un des nts. Ordinairement passager, il peut se prolonger davantage et survenir alors par poussées. Plus accusé dans quelques cas, il peut s'accommoder état caractérisé par du purpura, des épistaxis, agies, en un mot, le cortège habituel de l'ictère. Plus souvent bénin et très fugace, il disparaît avec les progrès de la maladie.

Dans une phase plus avancée, l'enfant perd son embonpoint et sa bonne apparence de santé peu en rapport avec les observations observées. Le foie diminue de volume, il est recouvert par les fausses côtes et se dérobe ainsi à l'examen. L'ascite augmente. Alors apparaissent l'œdème et la dyspnée, la diarrhée, en un mot les signes de la maladie confirmée à laquelle succombe le malade, s'il n'est soulagé par une maladie intercurrente.

c. — La péritonite tuberculeuse est, on le voit, la maladie qu'il est le plus facile de confondre avec la cirrhose. Malheureusement, les signes différentiels de ces affections indiquées par les auteurs, ne suffisent pas pour garantir d'une erreur relativement commune et évitable. « Une ascite qui se développe lente-

chez des enfants ou des jeunes gens, les douleurs abdominales, de vomissement, est généralement l'effet d'une péri-exploration du ventre viendra presser cette présomption. Dans aucune on ne retrouve cette rénitence du ventre, même lorsqu'il est le siège d'un ascite la même forme qu'il a dans l'ascite, mais, peu développé à la partie inférieure, hémisphérique, la forme d'outre qu'il prend, toutes ces choses qui sont symptomatiques de toute

de ces affections, dit Hébrard, la répartition de sonorité et de matité est irrégulière, la matité varie avec les changements de

l'ascite est peu nette dans l'ascite de la cirrhose, toujours nettement perçue dans l'ascite

de la cirrhose, le liquide est moins abondant, moins le ventre donne au palper une sensation de plan résistant formé par les côtes entre elles.

On a cette sensation dans l'ascite hépa-

te. Comme dit plus haut, ces caractères différentiels de valeur relative; nous les avons trouvés nous rapportant aux signes diagnostiques de la cirrhose que nous avons commis deux erreurs de diagnostic nous attachons plus d'importance à ces signes qui avaient déjà fixé l'attention de Grissey et de Hébrard avec soin parmi les anamnestiques, la fièvre récente d'une fièvre infectieuse. On ne peut nier encore sur l'apparence de santé que conservent les enfants jusqu'à un stade avancée de leur affection.



## OBSERVATIONS

On pourra consulter avec fruit, les observations que nous avons recueillies soit dans les revues périodiques, soit dans notre service (Mignet, Veysselier, Ortet) :

1840. BECQUEREL. — *Archives générales de médecine*, nouvelle série, t. VIII, p. 58. « Recherches sur la cirrhose du foie. »

Mentionne deux cas : un lu par Gerhardt, d'octobre 1834; l'autre observé, par Baron à l'hôpital de la Pitié, se rapporte à un enfant de 3 ans et demi ayant eu pendant trois mois. Le deuxième cas a trait à un enfant, à l'autopsie d'un enfant ayant succombé à une forme typhique.

1853. RILLIET et BARTHEZ. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 2<sup>e</sup> vol., p. 23.

Ces auteurs n'ont recueilli que quatre exemples d'épistaxis chez des sujets tuberculeux.

1854. GORDON. — *Dublin Quart. Jour.* — *Dr Gordon's Clinical Reports*.

Garçon de 15 ans; ictere à l'âge de 5 ans, et après sa guérison, le malade atteint d'épistaxis fréquentes. Ce n'est cependant qu'à sa troisième entrée à l'hôpital; il présente en outre : purpura généralisé accompagné d'épistaxis et de saignements des gencives; aucun symptômes d'affection du foie, amélioré.

Deuxième entrée à l'hôpital pour hématomas du nez. Autopsie : cirrhose très nettement atrophique du duodénum à laquelle l'auteur attribue la cirrhose, par phlébite porte.

1856. MAUTHNER. — *Journal für Kinderheilkunde*, p. 433. Chronische Leberleiden.

Fille de 5 ans, née d'un père malade (?) Goitre. Sensibilité de l'abdomen. Elle entre à l'hôpital



## REVUE DES MALADIES DE L'É

. FOOT. — *Dublin Med. Journal*, vol. 1  
ier de seize ans. Ictère. Ascite. Dilatation  
tanées. Sujet encore vivant.

. GRIFFITH. — *London Path. Soc.*, déc  
de dix ans. Pas de syphilis ni d'alcoolisme  
les maladies de l'enfance. Ictère au début,  
dans la cirrhose alcoolique. Hypertrophie  
, après disparition de l'ictère. Ascite.  
psie : Cirrhose atrophique du foie typique.  
en histologique.

. MURCHISON. — *Ibid.*, p. 199.  
on de neuf ans. Alcoolique. Ascite. Marche  
psie : Atrophie du foie. Cirrhose annulaire  
. CAZALIS. — *Progrès médical*, p. 153,  
Deux observations.)

.lle de sept ans. Pas de commémoratifs. Ascite  
férieurs. Albuminurie. Pas d'ictère. Ponction  
psie : Cirrhose atrophique du foie. Pas d'h  
ille de neuf ans. Parents ni syphilitiqu  
is, l'enfant a eu la rougeole, et depuis se  
ac. Ictère léger et ascite. Etiologie de l'aut  
psie : Cirrhose atrophique annulaire, avec  
our même des lobules. Dégénérescence

. WILKS. — *Guy's Hosp. Reports*, 3<sup>e</sup> sé  
e fille de huit ans. Habitudes d'ivrognerie,  
utopsie : foie clouté.

. OLIVER. — *British Med. Journ.*, t. II,  
enfant de trois mois, peu de détails sur les  
atrophique mixte graisseuse.

.lle de 12 ans, rougeole, scarlatine et bro  
ctère, ascite.

iose atrophique. Foie clouté.

. CAYLEY. — *Ibid.* p. 113.

de six ans. Ni syphilis, ni alcoolisme. Teig  
iose typique. Pas de détails histologiques.

. OSWALD. — *Obstetrical Transactions*  
enfant de neuf ans. Hypertrophie du foie e  
). Tuberculose.

2<sup>o</sup> Cas semblable chez un enfant de six ans et demi.

1876. UNTERBERGER. — *Jahrb. für Kinderheilkunde*, t. IX, p. 390.

« Steiner dit avoir observé des cirrhoses du foie chez les enfants. »

Un cas cité par Unterberger :

Incomplet comme commémoratifs. La cirrhose évolue en quelques mois. Pas d'ictère. Ascite. Ponctions.

Autopsie : Foie franchement clouté. Sur le lobe gauche, grains de la grosseur d'un pois, consistance dure à la coupe. Tissu cellulaire embryonnaire sur le lobe gauche et tissu conjonctif sur le lobe droit circonscrivant des ilots. Cellules graisseuses. Pas de tubercules dans les organes.

1877. LEGG. — *Barthelemy's Hosp. Reports*, t. XIII, p. 148. (Deux observations).

1<sup>o</sup> Garçon de douze ans. Symptômes se rapprochant beaucoup de ceux de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose aiguë. Taches de purpura. Pas d'ictère. La surface cutanée, sauf en certains points, est un peu chagrinée.

Histologie : Cirrhose. Un tissu embryonnaire entoure des espaces annulaires, mais la veine hépatique ne se trouve pas à leur centre. Pas d'altérations notables des cellules. Pas de tuberculose.

2<sup>o</sup> Enfant de seize mois. Mort de méningite tuberculeuse.

Autopsie : Foie clouté. Tendance à l'infiltration graisseuse des cellules ; tissu embryonnaire mêlé de tissu conjonctif adulte. L'auteur ajoute qu'on ne doit pas rattacher la cirrhose à la syphilis ou à l'alcoolisme d'une façon exclusive, attendu qu'on rencontre la cirrhose chez les animaux, cas dans lesquels une telle étiologie est inadmissible.

1877. HAYDEN. — *Dublin Med. Journal*, t. XIV, p. 177.

Enfant de 14 ans. Scarlatine quelques mois auparavant. Ascite, bouffissure, pas d'albumine. Entre à l'hôpital en novembre et meurt en janvier.

Autopsie : Pleurésie purulente. Rien au poumon. Symphyse cardiaque, cirrhose atrophique du foie.

Histologie : Le Dr Gum trouva les cellules du foie graisseuses et le tissu conjonctif proliféré anormalement. Les reins étaient granuleux et leur tissu conjonctif proliféré mais pas autant que dans le foie.

1877. WEST. — *Revue d'Hayem*, t. XIII.

Enfant de deux ans. Cirrhose du foie consécutive à une brûlure.

1877. — *Barthelemy's Hosp. Reports*, t. XIII.

Brûlures de l'abdomen avec bouilloire d'eau chaude, guérison de la brûlure.

## REVUE DES MALADIES DE L'Y

ient à l'hôpital avec de l'ictère et des vomissements.  
 Autopsie : Cirrhose hypertrophique. Dilatation des veines  
 se dirigeant vers les veines intra-lobulaires.

7. THOROWGOOD. — *Lancet*, t. I, p. 1.

Enfant de douze ans. Observation très incomplète.  
 Autopsie : Foie clouté. Cellules du foie, graisse conjonctif.

8. PETEL. — *Bull. de la Soc. anat.* Enfant de 6 ans. Pas d'ictère. Ascite. Mort en 24 heures sans atrophie.

9. FOX. — *British Med. Journal*, vol. I. Enfant de 11 ans. Ictère il y a 3 ans. Rougeole antérieure.  
 Autopsie : Foie clouté. Cellules du foie, graisse conjonctif. Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Ascite.

Autopsie : Cirrhose hypertrophique.

Pathologie : Développement anormal du tissu fibro-lobulaires, cellules infiltrées de graisse (?). Fibrose.

10. GRISY. — *Thèse de Paris*. Garçon de 11 ans. Ni tuberculose, ni alcoolisme, ni syphilis. Vomissements. Mort 45 jours après l'admission.  
 Autopsie : Foie clouté. Volume normal. Cirrhose.

11. MOORE. — *Trans. Path. Soc. London*. Enfant de neuf ans tuberculeux.

Autopsie : Foie dur, avec de larges travées (substance élastique), dans sa substance propre.

Pathologie : Atrophie des cellules du foie avec tissu fibreux. Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Le péritoine, ni dans le foie.

12. STEELE. — *Jahrb. für Kinderheilkunde*. Enfant de neuf jours. Résumé très bref. Pathologie. Cirrhose du foie.

13. OSBORN. — *Trans. of Path. Soc. London*. Enfant de neuf ans. Ni syphilis, ni alcoolisme. Pas de jaunisse. Ascite. Evolution en 21 mois.  
 Autopsie : foie clouté.

de la cirrhose porte. Le tissu conjonctif semble es lobules et circonscire différents groupes de celles autres. Beaucoup de ces cellules ont perdu leur caractéristique et sont réduites à l'état de débris granuleux séchés; elles affectent aussi, à cause de la com- le développement anormal du tissu conjonctif, la stratifié.

*ibid.*, p. 119.

ité.

figure d'une coupe histologique de ce foie. Cette cirrhose mixte graisseuse, mono-cellulaire en cer- décrit par Sabourin, identique au foie de Veysse-

— *Trans. Path. Soc. London*, t. XXXIII,

onstitution faible. Scarlatine. Rougeole et coque- ni syphilis. Evolution de la maladie en 3 ans. Pas mique, broncho-pneumonie.

, bosselé, déformé par des bandes irrégulières de

atrophique annulaire.

. *Path. Soc. London*, t. XXXIV, p. 129.

obstruction congénitale du canal cholédoque. Pas

hypertrophique du foie.

ilium biliaire a remplacé les cellules du foie; les entourées de tissu fibreux.

*Thèse de Gœttingue.*

irrhose du foie chez un enfant de treize ans.

*British Med. Journal*, p. 114.

, et demi. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Ictère. re. Péritonite.

ité.

ation considérable des conduits biliaires. Cirrhose ccentué; une grande partie du tissu conjonctif est Ne dit rien de la dégénérescence graisseuse.

- *Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades.*

## E DES MALADIES DE

cardite aiguë. Pneumon

ns. Entrée le 26 nov. 188  
D.

du foie: « Le foie est é  
e la trame conjonctive  
ouges du foie, ce qui do  
le. »

URAND. — *Journal de*

Antécédents héréditair  
le. Habite dans un quar  
ées et vomissements rar  
ictère par poussées succ  
es, le ventre prenait un de  
rs, les grandes fonction  
puis un an l'ictère est de  
es. Pendant l'accès on  
i, urine acajou, fèces co  
es. Anorexie. Ces accès

fant est très maigre. Pa  
eux; légère circulation s  
niveau de l'ombilic. Rate  
y décele des pigments b  
VALLÉE. — *Revue des*

ns et demi. Antécéder  
lepuis l'âge de dix-huit  
et quatre mois, entrée à  
: ventre énorme, très te  
tion facile à trouver. L'a  
ostique une péritonite tu  
après avoir subi trois po  
etit, ratatiné; grisâtre,  
e tissu fibreux inégale  
outé de la cirrhose atrop  
n de la cirrhose. En  
d'une dizaine de cellules

voit côte à côte plusieurs lobules associant les cellules qu'à la périphérie est à son maximum dans les conjonctives pénétrer jusqu'au centre, les hépatiques ont d'autant mieux leur siège central dans le lobule.

EN. — *The Medical Record*,

:

dans le « *The Medical Record* » où il y aurait à faire des autopsies, du foie chez les enfants : il possède d'autopsies d'enfants de quatre à dix ans, et à un remarquable degré, démontrant au microscope de larges

portant, en étudiant l'étiologie, de même pas impossible que l'alcool peut se demander si une nourrice nourrit des désordres du foie

(A suivre.)

## R LE COTON PHÉNIQUÉ

LE DE 22 MOIS.

Simon à l'hôpital des Enfants-

.

chez les enfants doit être l'obstacle. Instituée, *largâ manu*, elle a de sérieux accidents, et n'est au seul pansement des enfants, un fait incontestable qui me fait valoir l'emploi de l'acide



phénique chez les enfants. Permettez-moi de vous le relater en peu de mots (1).

Le 6 février, j'étais appelé à Passy par le Dr Pastol auprès d'une petite fille de 22 mois qui avait présenté la veille une série d'accidents nerveux (prostration, vomissements incessants, refroidissements des extrémités), de nature à inspirer, à ce moment, les plus vives inquiétudes à son médecin et dont l'interprétation ne saurait aujourd'hui laisser la moindre place.

Cette enfant avait été prise, sans cause connue, d'une adénite sous-maxillaire contre laquelle on prescrivit des badigeonnages avec de la teinture d'iode.

Malheureusement, la mère se servit de teinture d'iode, ancienne, très concentrée, caustique, qui détermina une brûlure, et même une exulcération oblongue d'une étendue de 5 à 6 centimètres. La surface dénudée prit un mauvais aspect, le fond devint grisâtre, les bords serpigineux et le pourtour entouré d'une auréole violacée. C'est alors que M. le Dr Pastol, qui a bien voulu me fournir les renseignements détaillés que je vous communique, eut recours à la gaze iodoformée de Montpellier et à la ouate hydrophile phéniquée.

Ce premier pansement eut lieu le jeudi 3 février au matin.

Le lendemain, 4 février, la plaie présente une bien meilleure apparence, sans être encore entièrement rosée, mais l'état général laisse beaucoup à désirer. La bouche, le pharynx sont le siège d'une sécheresse manifeste, en même temps qu'il est possible de constater du coryza, du larmoiement, des injections conjonctivales. L'enfant est très excitable, très grognon, et se plaint de mal de tête. La température est de 38°,8, et le pouls, non compté à la montre, est très fréquent.

Le Dr Pastol, craignant un iodisme aigu, supprime la gaze iodoformée et la remplace par un pansement à l'acide bo-

---

(1) Consulter l'excellente thèse de M. Brun : *Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques* (1886), Paris, chez Steinheil.

at, par dessus, le coton phéniqué. L'enfant paraît calme, accepte quelques-uns-midi, la scène change tout d'un coup et prise de vomissements que rien ne calme. La potion de Rivière, ni le lait, ni le sucre ne font rien. Le facies devient pâle, le pouls est très faible, fréquence extrême, et pendant que l'enfant dort, la température monte à 39°,6. Les urines nulles; le médecin vient demander si l'origine de symptômes est en voie d'évolution dans les

Le lendemain vient également à l'esprit que le coton phéniqué et ne continue

L'amélioration est sensible et, au bout de 24 heures, l'enfant est à peu près guéri. Les vomissements ont cessé, la température est tombée à la normale, l'appétit est excellent. Les fonctions rénales se rétablissent. Au moment que je vois l'enfant, en l'absence de son père, il est assis. On nous montre alors deux verres d'urine. Le premier contient environ 150 gr. d'urine absolument normale. Le second, environ un verre à Bordeaux, est trouble, laiteux, de couleur vert de bouteille. La première urine est normale, la seconde dans la matinée. L'analyse chimique de l'émission, traitée par l'acide nitrique, ne donne pas la coloration bleue d'iodure de potassium. On n'a pu reconnaître dans la seconde urine la présence de sucre. Les deux urines sont normales.

La miction est de nouveau suspendue. On fait la palpation de l'abdomen, on ne trouve rien. On s'agit alors de rétention d'urine. On fait la suppression de la fonction rénale. On fait notre examen, l'enfant urine, l'urine est de couleur normale et présente une réaction d'albumine.

l'enfant a repris sa gaiété, son  
is rentrent dans l'ordre habituel.  
sille.

odisme, malgré les phénomènes c  
x, de la gorge, ne peut être prou  
ltat négatif de l'essai des urines po  
st plus de même pour l'empoisonn  
roduire et par la surface dénudée.  
eurs phéniquées. Les fonctions  
au premier moment, l'acide phéni  
ns les centres nerveux ; alors é  
alarmants. On supprime le panse  
noires caractéristiques éliminent  
brusquement les symptômes d'into  
contrer une observation plus dé  
lus nettement la grande suscepti  
toxique de l'acide phénique.

## ABCÈS SOUS-PÉRIOSTÉ. —

ACCIDENTS MULTIPLES. — GU

Par M. le D<sup>r</sup> L.-A. Saint-Ger

udi 6 janvier, je fus mandé par r  
ami le D<sup>r</sup> Cadet de Gassicourt p  
ont l'état lui inspirait de sérieuses  
t fort pressant, car il m'adjurait  
immédiatement à son appel.

if heures du soir, nous nous trou  
sistés de notre ami le D<sup>r</sup> Mercier.

au point de vue des antécédents  
ction, ou du moins ce que nous dé  
s discours d'une mère entière  
it naturel, après la perte, non en

une endocardite rhumatismale. ituelle, l'enfant que nous avions ns tous les membres, le vendredi précédente, une fatigue étrange, 3.

ailleurs et peu prompt à s'alar- e malaise et avait fait le dimanche ez longue au Trocadéro.

étaient manifestées dans la soirée, at était resté alité.

et, appelé par la famille le mardi, que présentait le malade, mais nent soigné pour un rhumatisme, uvelle poussée de cette affection

avèrent notablement le mercredi loulour surtout devint atroce ; ègue, songeant à une périostite stéo-myélite, demanda mon con-

trouvâmes le petit malade. Le peau sèche, le pouls très fré- ron), la langue sale, bien qu'hu- signes d'un état fébrile des plus

... orante perçue par le malade por-  
tait sur trois points bien distincts; la jambe gauche, la région préauriculaire du même côté et l'index de la main droite.

L'index, tuméfié au niveau de l'articulation de la seconde avec la première phalange, présentait en outre des traînées rosées, comme angioleucitiques, remontant jusqu'à la main. Aucune trace de fluctuation ne s'y manifestait d'ailleurs.

Au devant de l'oreille gauche, une petite induration de grosseur d'un pois était notable. Elle était le siège d'une douleur vive, soit spontanée, soit à la pression.

Quelque douloureuses que fussent ces deux régions, elles

## E DES MALADIES DE L'ENFANCE

rapport le pas aux phénomènes que présente.

de ce côté que notre attention se fixa tout

ulation du cou-de-pied jusqu'au genou, était une tuméfaction notable comprenant la face interne du tibia, mais encore une mollet. La tension de la peau était extrême, le tissu cellulaire et rappelait assez exactement du phlegmon diffus. Une rougeur étalée sur la jambe avec marbrures violacées de place en place, au risque de faire subir au malade une douleur atroce, on venait à exercer sur toute la surface de la jambe une pression un peu énergique, aussitôt la présence d'un œdème notable.

de ces divers phénomènes, on ne pouvait avoir fait notre collègue, qu'à une ostéo-myélite, à un abcès sous-périosté.

Après quelques minutes et nous résolûmes, sans même perdre le temps nécessaire pour l'hésitation, dont les suites auraient d'ailleurs pesé fort grave.

mes donc 3 fois le bistouri jusqu'à l'os, en incisions de cinq cent. chacune sur la face antérieure, la première à la partie inférieure, la seconde au milieu, la troisième à la partie supérieure de

présent que notre satisfaction fut grande en voyant par l'incision supérieure, une notable quantité d'écoulement après la division du périoste. Les 2 autres fournirent que du sang. Nous remarquâmes à la commissure inférieure de l'incision la plus inférieure, au cou-de-pied, une veinule superficielle donnait occasion pour que nous crussions indispensable à ce niveau une compression quelque peu forte de linges imbibés d'eau-de-vie.

ouvent en pareil cas, la douleur de l'opé-  
és vive ; je dirai plus : il semblait que  
abondante que nous venions d'obtenir  
presque immédiatement.

noral de l'enfant que nous venions d'opé-  
ement supérieur à ce qu'on pouvait atten-  
ans) : sa grande préoccupation était non  
ur, mais d'épargner la sensibilité de sa  
ment affectée.

nte fut administrée et nous prîmes ren-  
demain matin à la première heure.

entrevue, nous étions absolument déci-  
ain, à pratiquer sur le tibia gauche une  
ations si les douleurs persistaient et si  
ériosté était insuffisant.

sement rien.

le. Le malade, sans dormir profondé-  
lans une somnolence calme, et le 7 au  
nes une amélioration notable. Le pouls  
re à 38°. La face moins vultueuse et la  
lement moindre.

llet avait considérablement diminué ; la  
lu tibia n'était plus spontanée, mais se  
la pression ainsi que l'œdème.

re donnait seule encore une assez grande  
lgré l'application hémostatique des lin-  
e-vie, un écoulement de sang abondant  
a plaie inférieure nous obligeant à prati-  
ion un peu plus exacte. La douleur  
disparu ; par contre, l'index droit était  
néfié et fluctuant en un petit point.

, l'index a presque doublé ; une rougeur  
in et nous jugeons opportun d'inciser le  
la tuméfaction qui nous fournit un pus  
tiquer en outre 2 débridements à la ra-  
assant l'épaisseur du derme. Le lende-

main 8, état moins satisfaisant. La la sale sans cependant se dessécher, la ten 39° et le pouls à 140 pulsations.

La nuit est agitée. Le malade s'inquiète

Le dimanche 9, les inquiétudes que nous concevoir sont encore augmentées par deux rassurants. L'index, bien que largement à dessous de son ouverture une tuméfaction oblige à faire, séance tenante, une profonde du côté correspondant, c'est-à-dire devenu le siège d'une tuméfaction, d'une douleur assez intense pour nous faire croire d'un abcès. Point de fluctuation cependant

L'état des plaies n'est pas mauvais et avec loisir que la plaie inférieure fournie. Seule la plaie de la partie moyenne ne four

Des cataplasmes de farine de lin sont les points douloureux.

Le soir, fièvre intense, 39°; 140 pulsations, que très chargée.

Nous tenons conseil; pour nous, le myélite s'impose presque, mais avec une qui paralyse toute tentative d'intervention qui résulte de l'envahissement simultané de l'économie qui ne sont même pas syn

Que pourrait-on attendre, par exemple du tibia pour combattre un état caractérisé par multiples rappelant la pyohémie? En de ce genre, la seule bien indiquée d'ailleurs remédier aux affections d'un doigt ou opposé?

Nous préférons agir sur l'état général. Nous vîmes d'une part le sulfate de quinine, à la dose de 6 paquets, et d'autre part l'alcoolature de la dose de 8 gouttes en 24 heures.

Soit coïncidence, soit effet rapide de la t

janvier, au matin, une amélioration niveau du pied droit a disparu; le œux et suppure avec la plus grande . 3 plaies de la jambe. Le pouls est ature à 38°. La région préauriculaire nuit a été excellente.

i favorable que nous donnons de l'es-  
ut en continuant le traitement géné-  
ielques aliments (bouillon, lait, œuf).  
ration persiste. Nous 'gagnons 'évi-  
ous allons jusqu'à céder au désir du  
de sucer une côtelette. Même panse-  
oudre de camphre. Suppuration énor-  
, c'est-à-dire le 7<sup>e</sup> jour après l'opé-  
seul, en l'absence de mon collègue

— nous satisfaits. La nuit n'a été que passa-  
ble; la figure est de nouveau colorée. Le pouls remonte,  
ainsi que la température. La suppuration n'a pas changé,  
ni comme quantité, ni comme qualité. Le pied droit reste  
toujours non douloureux.

Ce retour à un état général inquiétant semble à l'entourage  
imputable aux aliments solides donnés la veille pour la pre-  
mière fois; j'entre dans cette idée et prescris de nouveau les  
aliments liquides et les œufs, en souhaitant que la rechute  
subite, observée par moi, n'ait pas une autre cause. Nous  
continuons ensuite, mon confrère et moi, à suivre l'évolution  
de cette phlegmasie étrange, si brusque dans son apparition,  
si imprévue dans ses manifestations, dont le nom varie sui-  
vant le siège ou les sièges qu'elle occupe en définitive  
(périostite, ostéo-myélite). Le cas est d'autant plus inté-  
ressant que, comme je le faisais observer plus haut, la mul-  
tiplicité des accidents ne nous a pas permis de perforer  
le tibia, ce que nous aurions fait dans d'autres circonstances,  
t que nous nous sommes bornés à inciser le périoste, d'où  
la crainte pour nous d'être restés involontairement en deçà  
des indications résultant des symptômes observés.



Du 2 au 15 janvier, l'état reste stationnaire, dans la nuit du 15 au 16, la température 40°,9 dixièmes, le pouls à 140, la rougeur intense, la langue est quelque peu fuligineuse.

Nous croyons cette fois, mon collègue et moi, à une pyohémie; nous administrons le sulfadiazole de 50 centigr. d'abord, puis d'un moment que l'alcoolature de racine d'aconit.

Durant deux jours l'état du malade ne change, la température se maintient à tout près de 41°, augmentent, lorsque le 19 au matin nous constatons du doigt incisé et au pourtour de la plaie sur la jambe une rougeur érysipélateuse des membres.

Cet érysipèle se développe lentement et progressivement qu'une très faible étendue; en même temps les troubles généraux s'amendent, la température 39 degrés, la langue devient meilleure, une sueur est obtenue.

Le 21, nouvelle alerte, le pied gauche s'aggrave, douloureux et, le 22 au soir, nous constatons sur la jambe moyenne un véritable abcès qui est large.

On dirait que l'organisme n'eût attendu que la manifestation pour s'améliorer d'une manière.

En effet, à partir de ce jour, les plaies de l'érysipèle s'éteignent, la langue est presque normale, la température descend à 38° puis 37° 1/2.

Du 23 janvier aux premiers jours de février l'état continue et, aujourd'hui 18 février, nous pouvons dire la guérison comme obtenue.

Le malade mange avec appétit, ses joues n'étaient l'état de maigreur extrême causé par la fièvre très abondante à laquelle il a pourtant fait face. d'aujourd'hui est presque complètement tarie, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible.

En résumé, ce jeune malade va guérir, a

les épreuves les plus dures qu'il sortira pas cependant absolument malade. Il y perdra son index droit phalangine avec la phalange s'est par une fistule la tête de la seconde ment s'éliminer. Nous ne croyons à présent de ce détail, convaincu ait hors de saison et confiant dans spontané qui se produira d'ici à

---

## DES TRACHÉOTOMIES

U ET A L'HOPITAL DES ENFANTS-  
DANT L'ANNÉE 1886

---

Cette statistique, prise en bloc, est particulièrement favorable; le nombre des croups opérés a été de 363, sur lesquels il y a eu 257 morts et 106 guérisons, soit 29,23 guérisons pour 100.

Et il ne faut pas oublier que, dans nos hôpitaux, presque tous les malades, arrivés à la période ultime, sont opérés, quelles que soient les mauvaises conditions dans lesquelles ils se présentent. Ainsi le nombre total des croups reçus à l'hôpital Trousseau l'année dernière, est de 425; sur ce chiffre, 363 ont été opérés, comme je l'ai dit plus haut, 62 ne l'ont pas été. Or, de ces 62 croups non opérés, 54 ont guéri, 8 seulement sont morts. C'est dire que, dans tous les cas qui offraient la moindre chance de succès, la trachéotomie a été pratiquée. Rien n'a donc été fait pour embellir la statistique.

Si maintenant nous étudions les résultats obtenus dans les divers mois de l'année, nous voyons qu'ils sont très dif-

## DES MALADIES DE L'ENFANCE

es quatre premiers mois et pendant les huit  
atre premiers mois nous donnent en effet  
157, soit 20,38 pour 100, et les huit der-  
ns sur 206, soit 35,92 pour 100. Enfin les  
it le pourcentage le plus bas sont ceux de  
19, 1 pour 100), et ceux qui donnent le pour-  
levé sont ceux de juillet et d'août (40, 42

le détail par période de deux mois :

68	opérés,	15	guérisons,	53	morts.	—	22,06	pour 100.
89	—	17	—	72	—	—	19,1	—
64	—	20	—	44	—	—	31,25	—
47	—	19	—	28	—	—	44,42	—
29	—	10	—	19	—	—	34,48	—
66	—	25	—	41	—	—	37,87	—

*Infants-Malades.* — A l'hôpital des Enfants-  
ants atteints du croup ont été opérés en  
s 60 ont été guéris et 295 sont morts, ce  
pourcentage de guérison (16,9 ou 17 en  
notablement inférieur à la moyenne des  
s de Trousseau (29,23 p. 0/0).

se semble inexplicable au premier abord  
ssements pourvus d'un personnel médical  
et dévoué, dans lesquels les malades sont  
ne sollicitude de la part de l'administration,  
sant on voit que les résultats constatés  
istiques portent sur un laps de temps trop  
en puisse tirer des conséquences immé-  
s'oppose même à ce qu'on les considère  
de l'une de ces séries heureuses ou mal-  
clinique, sont la pierre d'achoppement des  
dans leurs conclusions.

t le relevé des cas heureux et malheureux  
ois de l'année à l'hôpital des Enfants-Ma-  
rons constaté qu'il y a eu par périodes de

En Janvier et Février...	96	opérés,	15	guéris,	81	décès.	—	15,62	pour 100.
» Mars, Avril.....	87	—	8	—	79	—	—	9,20	—
» Mai, Juin.....	40	—	9	—	31	—	—	22,50	—
» Juillet, Août.....	33	—	5	—	28	—	—	15,15	—
» Septembre, Octobre..	32	—	13	—	19	—	—	40,31	—
» Novembre, Décembre	67	—	10	—	57	—	—	14,92	—
	<u>355</u>	—	<u>60</u>	—	<u>295</u>				

Ce dernier relevé est très instructif au point de vue de la valeur réelle qu'il faut attribuer à des chiffres statistiques fournis par de courtes périodes de temps.

Nous voyons par exemple que des écarts bien grands peuvent exister entre les chiffres des succès bi-mensuels.

Ainsi, dans la statistique des Enfants-Malades, les succès sont au nombre de 40,31 p. 0/0, en septembre et octobre, tandis qu'il n'y en a pas plus de 9,20 en mars et en avril. Ces deux mois sont aussi les moins favorisés de la statistique de Trousseau puisqu'ils ne donnent que 19,1 de succès. Notons en passant que les mois les plus favorisés de cette dernière statistique ne donnent pas plus de 44,42 p. 0/0 de succès, c'est-à-dire un chiffre de très peu supérieur au chiffre le plus élevé de la statistique des Enfants-Malades (40,31).

Notons encore que cette élévation momentanée, si considérable, du chiffre des succès dans les deux statistiques ne se produit pas dans les mêmes mois pour chacune d'elles et ne paraît par conséquent pas liée à une influence saisonnière plus favorable aux opérations. Elle est donc tout en faveur de la possibilité d'écarts considérables dans les chiffres de statistique relatifs à de courtes périodes de temps.

De plus sur les 62 malades non opérés de Trousseau, 8 seulement sont morts ce qui permet de supposer qu'en moyenne l'affection n'avait pas une gravité exceptionnelle chez les 62 non opérés.

Il paraît certain qu'on opère à Trousseau dans tous les cas graves sans exception et comme cette large application de la trachéotomie est signalée par un succès notable,

autant du moins qu'on peut en juger d'après une année, un encouragement à pratiquer sans hésitation quand elle est bien indiquée.

---

## REVUES DIVERSES

---

**Ueber Sprachstörungen im kindlichen Alter** (La parole dans l'enfance), par H. BOHN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. XX. Fasc. 1 et 2). — L'auteur étudie quelques formes particulières de troubles de la parole chez les enfants consécutivement à certaines maladies et cherche à les rattacher à une lésion cérébrale proprement dite.

Les troubles de la parole, surviennent dans la fièvre typhoïde plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes. L'auteur a pu recueillir dans la littérature, depuis 1844, 40 observations de troubles de la parole chez des enfants présentant de la dysphasie au cours de la fièvre typhoïde. A ces cas il ajoute 8 observations personnelles de la dysphasie proprement dite les troubles de la parole sont causés par la perte de connaissance ou l'affaiblissement général observé non seulement dans la fièvre typhoïde, mais aussi dans un grand nombre d'autres maladies graves. Il range par contre la véritable dysphasie la bradyphasie qui est caractérisée par une parole particulièrement lente et trainante et qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde, principalement pendant la convalescence. Cette bradyphasie est plus rare que la dysphasie proprement dite; M. Bohn ne l'a observée que deux fois typiques; dans les autres cas elle s'est toujours transformée rapidement en aphasia proprement dite. L'auteur rapporte aussi l'observation d'une aphasia amnésique; cette forme s'observerait fréquemment chez les enfants atteints de fièvre typhoïde. Les troubles de la parole compliquant une fièvre typhoïde n'annoncent pas une marche particulièrement grave de la maladie. Ils surviennent plus souvent pendant le stade de la

début de la convalescence. La durée moyenne de la dysphasie est de 6 à 7 jours ; elle peut disparaître dans l'espace de 48 heures, même plus rapidement encore, mais elle peut persister aussi pendant plusieurs semaines.

L'apparition de l'aphasie est le plus souvent subite, de même le retour de la parole est généralement instantané. Il est à remarquer que l'aphasie coïncide ordinairement avec des paralysies motrices, le plus souvent avec de la paralysie ou de la parésie du côté droit. Cette paralysie peut être limitée à une extrémité ou envahir les deux extrémités du même côté. Il n'est pas rare d'observer en même temps la paralysie de la face et de la langue. La paralysie persiste ordinairement plus longtemps que l'aphasie ; elle disparaît de bas en haut comme dans l'hémorrhagie cérébrale. L'auteur n'a pas eu l'occasion d'étudier sur le cadavre les modifications anatomiques qui accompagnent les aphasies typhoïdiques.

L'aphasie s'observe plus rarement dans la scarlatine que dans la fièvre typhoïde. Il existe un seul cas observé par Shepperd dans lequel les troubles de la parole ont coïncidé avec le début de la maladie. Dans tous les autres cas le complexe symptomatique constitué par l'aphasie et la paralysie a été observé au cours de la néphrite consécutive. Le pronostic de ces troubles de la parole liés à la scarlatine est moins favorable, que dans la fièvre typhoïde. Chez un des malades observés par M. Bohn, l'hémi-parésie et des troubles considérables de l'intelligence ont persisté définitivement après la disparition de l'aphasie.

L'auteur rapporte en terminant une observation d'aphasie survenue chez une jeune fille âgée de 13 ans, à la suite d'une grande frayeur.

---

**Ueber die intra-uterine Uebertragbarkeit des Erysipels.** (Transmission intra-utérine de l'érysipèle), par LEBEDEFF. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1886, T. XII). — Une femme présentait vers la fin de sa grossesse un érysipèle localisé aux extrémités inférieures. Accouchement normal. L'enfant, de constitution débile, pèse 1,300 gr. et meurt au bout de dix minutes. Toute la surface du corps était couverte de taches rouges, entourées de zones blanchâtres et légèrement proéminentes. Les taches figuraient une excoriation de l'épiderme. Foie notablement hypertrophié. A l'examen microscopique, on trouva dans la peau malade et principalement dans le tissu cellulaire sous-cutané au-dessous du chorion un nombre considérable de micro-

## REVUE DES MALADIES DE

caractéristiques de l'érysipèle qui ren-  
vases lymphatiques. Ces microcoques  
dans le tissu placentaire ; par contre, i-  
brable les espaces lymphatiques du  
amniotique. Suivant l'auteur la tra-  
e à l'enfant peut être nettement suivie  
qui occupaient les lymphatiques des e-  
étaient remontés dans le plexus iliaque  
re du plexus inguinal externe dans l-  
érus d'où ils avaient finalement pénétré  
ta et du cordon. A ce cas de transmiss-  
, de la mère au fœtus, s'ajoutent deux c-  
ment par Kaltenbach et Runge.

---

**Fall von Inoculationstuberculose ne-**  
(Un cas de tuberculose par inoculation  
e l'avant-bras), par M. WAHL. (*Arch.*  
e, 1886, T. XXXIV.) — Il s'agit d'un p-  
e parents bien portants, qui à la suite  
, subit l'amputation de l'avant-bras. L-  
ut de quatre semaines, l'enfant est ram-  
il alarmant. La surface de section du  
gosités sales, graisseuses. Dans l'aisselle  
érable. Au microscope, on put constat-  
e la surface de section de l'avant-bras, c-  
bie, qui ne laissèrent aucun doute sur l-  
ie.

petit malade avait été confié depuis son  
agé de 13 ans qui était atteinte d'un l-  
suivant l'auteur, la source d'inoculation  
terminant, l'auteur appelle également  
infection locale par le lait provenant  
bien des pays il est encore d'usage de  
et les ulcères, ainsi que les surfaces  
on quelconque.

---

**Ätiologie des acuten Gelenkrhumat-**  
ismen. (De l'étiologie du rhumatisme arti-

*deutsche medicinische Wochenschrift*,  
 bre 1880, un jeune garçon âgé de 14 ans,  
 leur très vive au niveau de la cuisse gau-  
 relite, mais bientôt il survint une tuméfac-  
 , de l'articulation coxo-fémorale gauche et  
 liagnostic de rhumatisme articulaire aigu  
 ttement. Au bout de quelques jours, péri-  
 onnant. Temp. 38°,5 à 39°,8. Le 24 sep-  
 fréquent. Une ponction du péricarde donna  
 t purulent. Mort le lendemain.

contenait près de 600 gr. de liquide séro-  
 siège de petits abcès multiples. Sur le côté  
 ra-musculaire volumineux; enfin, dans la  
 exsudat séro-fibrineux. Le liquide du péri-  
 a paroi thoracique, de même l'exsudat du  
 croscopie. Partout on trouva des amas de  
 petits foyers. Ces différents organismes  
 produisaient toujours avec les mêmes carac-

ar le *staphylococcus pyogenus aureus*. Ces  
 chez ce malade, les articulations, le péri-  
 acique contenaient le même micrococcus  
 organes articulaires, et secondairement les  
 attman le micro-organisme qui envahit les  
 humatisme est le même que celui qu'on  
 idocardite. A une période plus avancée, ces  
 ouveau l'organisme par les reins.

D<sup>r</sup> G. BOEHLER.

. of Childhood and Youth— (De quelques  
 de l'enfance et de la jeunesse), par le  
*the Brit. Med. Journ.* Jan. 8, 1887.

le idiot pourrait être avantageusement  
 l'esprit, l'idiotie n'étant en réalité qu'une  
 me nutrition imparfaite ou d'une affection  
 et la naissance, soit pendant les années de  
 espondant à la croissance. Le terme d'im-



*bécile* serait réservé pour les cas de démence dans lesquels il y aurait une détérioration graduelle du physique et du moral.

Deux grands groupes comprenant les cas de faiblesse intellectuelle infantile, celui de la *faiblesse congénitale* et celui de la *faiblesse accidentelle*, mais il y a beaucoup de cas qu'il est impossible de faire rentrer dans l'une ou l'autre de ces catégories, lorsque par exemple après un éveil relatif de l'intelligence, suivant la règle ordinaire, pendant les premiers mois de la vie, un changement s'est accompli pendant la première dentition. D'autres fois la crise de la première dentition n'a pas été aussi marquée; la parole a eu seulement du retard, et c'est pendant la seconde dentition que se sont manifestées des crises avec cris nocturnes, arrêt de la parole, dans lesquelles l'intelligence s'est altérée. Quelquefois l'éclat sérieux ne se produit qu'au moment de la puberté.

Ordinairement les crânes de ces enfants sont caractéristiques. Ils sont de forme dolichocéphalique et antérieurement conformés en piques, avec une ligne saillante constituée par la suture médio-frontale. Les enfants présentant ce caractère peuvent être considérés comme destinés à s'effondrer intellectuellement à l'une ou à l'autre des époques désignées. Leur système nerveux semble suffisant pour répondre aux besoins de la croissance mais pas à ceux du développement. Aussi l'auteur voudrait qu'une classe de *développementaux*, fut créée pour ces cas entre les *congénitaux* et les *accidentels*. Cette classe a une grande importance parce que les catastrophes auxquelles elle est destinée peuvent être évitées souvent, une fois prévues. Les causes à éviter sont l'extrême surexcitation dans la première enfance et le surmenage cérébral, à l'école, au moment de la seconde dentition ou de la puberté. Ces enfants sont généralement amenés au médecin pour une céphalalgie frontale intense, pour une pétulance accompagnée de malaise ou pour une incapacité notoire de travail intellectuel soutenu. Le bégayement est un phénomène de cet ordre : le Dr West a dit qu'il n'avait jamais vu un enfant bégayer avant le commencement de la seconde dentition.

Dans le groupe des *accidentels*, le Dr Langdon Down fait rentrer ceux qui sont nés ou étaient tout prêts à naître avec les pouvoirs intellectuels au complet mais dont l'encéphale a été atteint, soit par des lésions traumatiques, soit par des médications mal comprises, soit par un processus inflammatoire. Ces enfants, doués de toutes les apparences d'un naturel heureux et très expressifs de gestes, sont quelquefois très longs à acquérir le langage.

roupe de beaucoup le plus important ngrat que les précédents ils sont peut-ent modifiés par une éducation appropriée plus petit que le crâne normal; il a la

scapho-céphalique; la suture sagittale d'un bateau retourné.

mmement, c'est un talus en pente rapide spondant souvent à un arrêt de développement.

est extrêmement petit quoiqu'il n'y ait l'anneau du crâne et même de la matière cérébrale du sujet.

Les extrémités de la névroglie peuvent nécessiter des soins à des sujets dont le caractère rappelle celui de Cuvier et qui étaient idiots. L'asymétrie du visage, l'accroissement aussi des signes de faiblesse intellectuelle, les oreilles sont implantées beaucoup plus bas. Les yeux ont leurs commissures internes et trop écartées chez les brachycephales et trop écartées chez les brachycephales souvent étroites et situées obliquement, élargies par suite de l'usage qui est fait du nez et de la paupière. A la commissure interne, les yeux sont comme s'il y avait manque d'étoffe. Les anomalies de l'appareil dentaire sont typiques de l'idiotie; elles ne sont pas constantes et sont héréditaires.

La voix est obtuse. Celle qui est spéciale à chaque individu par rapport à l'ouïe. C'est là un des symptômes de la parole. Les lésions de la parole, sont généralement liées à la faiblesse

Le nystagmus l'est moins, mais n'est pas toujours. Les strabismes sont fréquentes. On trouve l'anosmie et avec lui le goût font surtout

, rebelle aux efforts persistants. Il y a des spasmes et aux spasmes rythmiques. Le

retard de la marche, et même de la station jusqu'à troisième année. La préhension avec le membre supérieur. Le retard de la parole est un fait universel, mais le moins fréquent.

---

**Infantile convulsions.** (Des convulsions infantiles, rétrospective de l'année 1886, du *Brit. Med. J.*)

Le Dr Hughling Jackson, bien connu pour ses travaux de physiologie pathologique, destinées à expliquer certaines maladies de causes obscures, a conçu à propos du groupement des centres sensori-moteurs en trois systèmes assez bien avec une description légèrement schématisée. Les centres inférieurs sont limités supérieurement par les centres correspondants aux centres moteurs corticaux qui portent ordinairement ce nom; les supérieurs sont la portion du cerveau qui s'étend au devant de ces centres. Les parties du corps correspondent à chacun de ces groupes sont éminemment complexes; toutefois il semble que les centres supérieurs exercent un certain pouvoir régulateur sur les groupes inférieurs.

Dans la première enfance, le développement du système est beaucoup plus rapide que celui des groupes supérieurs. L'enfant est dans un état d'équilibre instable et plus apte que les adultes à être affecté par des impulsions incorrectes ou irrégulières.

Ce sont les troubles de la respiration qui sont la cause prochaine des convulsions de l'enfance dans les premiers mois de la vie. Des troubles de la respiration résulte en effet une anoxémie qui va irriguer les centres respiratoires et, lorsque ces centres sont très excités pour produire une vémosité intense, il se produit une activité anormale qui aboutit à des convulsions généralement asphyxiques.

Certaines expériences récentes de Rosenbach confirment cette même conclusion. Il est arrivé à produire des convulsions comme appartenant au type épileptique vrai, par la stimulation et intense de la couche corticale, tandis que la stimulation des parties situées au-dessous de la couche corticale, si on parvient à empêcher la transmission de l'excitation à cette couche, ne produit que des mouvements convulsifs étrangers au type épileptique.

---

**Summer Diarrhœa. (Le traitement anti-dié),** par le Dr L. EMMET HOLT, in *the* Jan. 29, 1887. — A l'exception d'un cas rares, de choléra infantile vrai, presque tous les intestinaux des jeunes enfants sont de leur origine.

causes de la diarrhée estivale (chaleur excessive, mauvaise hygiène de l'habitation, du régime, à retarder les digestions et à permettre la putréfaction des matières alimen-

tes. Ce n'est pas niable, n'agit pas surtout directement sur quoi ce seraient les plus jeunes qui succèdent à ceux que les enfants au-dessous de 6 mois ont eue. La diarrhée estivale que les enfants au-des-

sus déterminent, par l'effet des fermentations anormales de ptomaïnes dans le lait.

La présence des alcaloïdes, qui sont fournis par les aliments tendent à donner la diarrhée.

Enfin, produisent sur la muqueuse intestinale au bout de quelques jours une inflammation du côlon qui est le siège.

Le microbe du *choléra infantum* mais on n'a pas encore trouvé un autre et on n'a pas encore fait connaître celui qui doit être reconnu comme

la diarrhée estivale est surtout un résultat. doit-on y opposer ?  
Moyens thérapeutiques.

Evacuations de l'intestin.

Evacuations.

pour débarrasser les intestins : on y arrivera si l'enfant ne la supporte pas, poussez un lavement au-dessus de la valvule iléo-cœcale (1 à 2 pintes pour un adulte) avec un irrigateur à faible pression et en appuyant sur le ventre.

## ES MALADIE

pêcher la décon  
s fonctions nor  
emploi du salic  
sements, penda  
solides. Un peu  
rées est donnée  
er entièrement  
s au sein. On p  
poulet et de  
peu cuits.  
isécutives, allan  
n du traitemen  
que interne, sa

nt un grand r  
l'exclusion de  
rès controversée  
nt eu du succès  
iques.

l, les acides mi  
fer et le nitrat  
t franchement  
*créosote*.

it employée en  
en 1873.

*et ses sels* fut  
maladies intestin  
a un article sur  
héiques.

présentée com  
sbach, en 1884  
un an, l'été de  
ky, et laissant  
dans les évacu  
emps attendu p  
l'intestin le mie  
ude, à la dose d  
3 mois à 3 ans  
dicylate, la nap

omme elle est insoluble, on la donne en  
, en doses plus fortes que le salicylate :

---

lorato di cocaina nella terapia infan-  
chlorhydrate de cocaïne dans la thé-  
r<sup>e</sup> AURELIO BIANCHI, dans *Lo Speri-*

l du Dr Aurelio Bianchi sur la cocaïne  
e de ce médicament.

chlorhydrate sont parfaitement bien tolé-  
rés à l'intérieur même par les enfants.

2° La cocaïne exerce une action bienfaisante dans les cas de coque-  
luche, de vomissements alimentaires, d'entérites, de troubles digestifs, de  
certaines névroses. Elle est inutile ou à peu près dans les toux de bron-  
chite ou de bronchite alvéolaire, spécialement dans celles de nature tuber-  
culeuse, dans les entérites tuberculeuses et dans certaines névroses.

3° La nutrition générale n'est pas entravée par l'usage prolongé de  
la cocaïne ; elle serait plutôt favorisée, en raison de l'amélioration qui se  
produit dans le jeu des fonctions digestives.

4° Il n'y a pas lieu de craindre, dans l'usage interne de la cocaïne, les  
résultats fâcheux qui ont signalé quelquefois son emploi hypodermique ;  
jamais ou presque jamais un médecin attentif n'aura à se plaindre de ces  
inconvenients.

5° L'emploi de la cocaïne à l'intérieur est digne de recevoir les appli-  
cations les plus nombreuses et les plus importantes dans la médecine  
infantile. Des recherches expérimentales entreprises par l'auteur en col-  
laboration avec son éminent collègue, le Dr Giorgeri, et une expérience  
clinique déjà fort étendue, qui s'augmente encore chaque jour, lui permet-  
tront de donner, dans le courant de l'année, des détails encore plus précis  
et plus pratiques sur l'administration de ce précieux médicament.

Dans la *coqueluche*, après avoir commencé timidement par des doses  
journalières de 10, 15 et 25 centigrammes, fractionnées en cuillerées, toutes  
de deux ou trois heures, il est allé jusqu'à 30, 35, 50 et 80 centigrammes

---

(1) V. *Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1887.

par jour et même un gramme, dans des cas exceptionnels sans avoir eu à s'en plaindre.

Les effets obtenus, dans la *toux de la bronchite, de l'alvéolaire et de la phthisie pulmonaire*, n'ont peut-être rapport avec la cherté du médicament et l'importance de la dose, on a été obligé de donner pour arriver à de faibles résultats.

Chez un enfant de 7 ans, le Dr Bianchi est arrivé à guérir, contre des vomissements alimentaires, consécutive à la tuberculose, avec une dose de cinquante centigrammes par jour (cuillerée avant l'ingestion des aliments.)

Dans la *gastro-entérite non tuberculeuse*, il a obtenu avec des doses de 5 à 10 centigrammes un peu après les aliments (25 à 50 centigrammes par jour).

Dans les *affections nerveuses*, 10 à 20 centigrammes une fois ou en deux fois, à une heure d'intervalle, ont fait l'immense majorité des cas.

L'expérimentation par rapport à la chorée n'est pas plus que par rapport à l'épilepsie et à d'autres affections pour lesquelles elle a fourni un résultat négatif à Pott, d'

**Incision in Tonsillitis.** (Du rôle de l'incision dans l'angine par le Dr CHARLES MACLEAN d'Aberdeen, in the Brit. Med. J. 5 février 1887.

L'auteur a trouvé à l'usage que les incisions sont un remède plus efficace encore dans l'esquinancie que dans les autres formes de l'angine.

Tous les livres s'accordent à dire qu'il faut ouvrir au fond de la gorge lorsque la suffocation est imminente, qu'il faut faire des ponctions sur les surfaces enflammées.

Pourquoi attendre le moment critique et, laissant des symptômes qui ne donnent pas de résultat, ne pas faire d'avance la ponction laqu Shore on sera obligé de recourir à la fin, lorsque l'angine est devenue grave.

Il est rare, dit l'auteur, qu'une large incision n'arrête immédiatement une inflammation.

Appelé dernièrement à voir un malade, supposé atteint d'angine, qu'il ne pouvait écarter la mâchoire et donnant les signes d'une inflammation la mieux caractérisée, il lui ouvrit la gorge avec précaution un bistouri et lui fit une longue incision

plus saillante de l'enflure. Une bonne quantité de sang veineux s'écoula et le malade s'endormit aussitôt après. Le lendemain tous les symptômes avaient disparu.

L'auteur professe le plus grand respect pour la carotide interne et n'a pas plus qu'un autre l'intention de la malmenier, mais il croit qu'une incision verticale de l'amygdale n'a aucune chance de léser cet organe qui, dans l'espèce, est poussé en dehors par l'enflure de la glande.

---

**Case of penetrating Wound of Brain in a Young Child : Recovery.**  
(Blessure pénétrante du cerveau chez un jeune enfant : guérison), par F. R. WILSON, chirurgien des armées britanniques, in *the Brit. Med. Journ.*, fév. 1887. — Le 28 janvier 1886, l'enfant du sergent W. des Royal Highlanders, tomba du haut d'une chaise sur une lime dressée d'environ sept pouces de long. Le poids de l'enfant, aggravé encore par la hauteur de la chute, fit entrer la lime par le côté droit de l'occipital auprès de son articulation avec la portion pétreuse du temporal, un peu au-dessous de l'orifice externe de l'oreille.

Le Dr Trotter, qui se trouva là au premier moment, retira la lime qui avait pénétré de plus de trois pouces dans le cerveau, dans une direction en haut et en dehors. L'extraction fut très difficile.

Le Dr Wilson trouva l'enfant dans un collapsus profond, mais la respiration était stertoreuse. Les deux pupilles répondaient encore à l'excitation de la lumière. Il y avait eu de un à deux vomissements. L'enfant fut maintenu dans un absolu repos; on ne le souleva même pas pour les besoins naturels; un peu de lait lui fut donné sur une éponge. A 7 heures du soir, il n'y avait pas de changement; il avait uriné une fois, vomi deux fois depuis le matin; il ne pouvait rien avaler.

Le 29 janvier. Nuit tranquille, respiration moins stertoreuse et plus naturelle. Insensibilité moins profonde. L'enfant porte de temps en temps la main à sa tête, il a pu avaler un peu de lait dans l'après-midi. On ne lui donne aucun autre aliment.

Le 30. L'enfant a repris un peu connaissance et demandé à boire. Pas de chaleur de tête. Pas de signes d'inflammation.

Le 31. Tache rouge à la joue gauche. Bon état. Repos le plus strict prescrit. Un lavement donne de bons résultats.

2 février. L'enfant est plus vivant mais il a du strabisme interne gauche et de la parésie avec diminution de température au bras du même



côté. Contracture légère de l'annulaire et du petit  
gauche.

Le 4. Calomel, 15 centigrammes sur la base de la lan

Le 5. Les intestins fonctionnent bien, l'enfant dem  
de viande dans le régime.

Le 7. Strabisme, parésie et abaissement de tempér  
disparus.

Le 8. La guérison semble complète. On maintien  
repos et à un régime adoucissant par mesure de pré

D<sup>r</sup> PIERRE

## BIBLIOGRAPHIE

Le deuxième volume du *Traité clinique et prat  
des enfants* de Rilliet et Barthez, dont la troisièm  
et considérablement augmentée par MM. Barthez  
paraître à la librairie Félix Alcan. Ce volume comp  
de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif  
nito-urinaire, de l'appareil de l'ouïe et de la p  
grand in-8° de plus de 825 pages, 14 fr. Un troisièm  
l'ouvrage, paraîtra à la fin de cette année.

La *Revue mensuelle des Maladies de l'Enf*

*Fibro-sarcoma of the dura mater (Fibro-sar  
mère et autres observations)*, par d'ARCY POW  
*Pathol. Soc. of Lond.*, 1886).

*Instrucciones populares para evitar la propa  
gos de la Difteria (Instructions populaires po  
pagation et les ravages de la diphtérie)*, par le  
RERAS, de Barcelone.

Le Gérant : G.

LEMAIRE ET C<sup>ie</sup>, IMPRIMEURS AU

# E MENSUELLE

DES

## S DE L'ENFANCE

**Avril 1887**

---

### AUX ORIGINAUX

---

#### CULARITÉS DE LA VARICELLE

**Comby, médecin des hôpitaux.**

---

é sa bénignité presque constante et parler d'elle assez souvent et mérite i témoigne. Outre la question doctrin e jadis et qui semble r s lue aujourd'hui *volante*, le *chicken-pox* ou *swine-pox* un côté pratique qui ne manque pas ce dernier point de vue que nous étudier les particularités cliniques omises dans les op sommairement indiquées. La plus de ces particularités négligent l'exanthème de la

---

  d cislve de l'autonomie de la varicelle, nous ne femme et son nourrisson entrent à l'hôpital (Bordeaux, janvier 1886) pour une prétendue varicelle éruption, qui n'était autre que la varicelle, ils variole et l'enfant, qui n'avait pas été vacciné, nous été témoin, n'est pas isolé.

varicelle ; cependant M. Cadet de Gass remarquables leçons sur les maladies de la présence fréquente des vésicules sur le Dans une note parue en 1884 (1), nous insis lisations bucco-pharyngées, conjonctivales varicelle. Dans une leçon recueillie par le M. le professeur Grancher a fait ressortir tachait à l'étude de ces complications et de rentiel de la varicelle. Ayant eu l'occasion quatre ans, au dispensaire de la Villette (Sc pique), un grand nombre de varicelles, no tré des cas qui nous ont paru dignes de la passerons en revue, dans une première se cations et l'exanthème de la varicelle ; ensuite le diagnostic différentiel.

## I

### EXANTHÈME ET COMPLICATI

La varicelle, comme les autres fièvres é scarlatine, rougeole), peut présenter un ex moins accusé. Souvent les manifestation varicelle sont légères ou passent inaperç elles sont intenses, gênantes, presque gra plus loin des exemples ; on verra également de conjonctivite et même de kératite com celle ; nous avons relevé souvent aussi la cules sur la vulve, avec vulvite plus ou complications de la varicelle, désoblige graves (sauf la kératite d'ailleurs except tent pas une sérieuse atteinte à la réputa que s'est acquise la varicelle. Mais voici q

---

(1) Note sur l'exanthème de la varicelle, par le I médical, 27 sept. 1884.

(2) *Concours médical*, 22 janvier 1887.

minurie et de néphrite survenant  
die : M. Hénoc (de Berlin) a  
uminurie consécutive à la vari-  
2 à 10 ans (Berl. Klin. Woch.,  
s-Unis) a cité un cas de néphrite  
t de 6 mois (Arch. of Pediatr.,  
(leçon de M. Grancher citée plus  
faut connaître l'existence d'une  
aiguë, dont 9 cas au moins ont  
par A. Hoffmann, Soudeikine,  
rite varicelleuse s'est montrée du  
hématurie, ischurie, albuminu-  
dans les urines, produisant  
c cas la mort par œdème pul-

existence de ces complications,  
il est difficile d'en tenir compte  
as vu beaucoup d'enfants atteints  
die qu'on rencontre en effet plus  
ues que dans les salles d'hôpital;  
de complications de cet ordre.  
plus légères que nous avons

*me buccal figurant une stomatite  
se violente (1).*

mois, nous est conduit par sa mère le  
inflammation de la bouche qui l'empê-  
ive s'écoule au dehors, les lèvres sont  
éfiées et saignantes et de nombreuses  
bouche. Ces ulcérations, arrondies et  
se dorsale de la langue, sur la face mu-

neuse de la lèvre inférieure, sur la face interne des joues et sur divers  
oints des gencives. Toute la muqueuse buccale est rouge et enflammée.

---

(1) Observation déjà publiée dans le Progrès médical, 1884.

L'enfant souffre beaucoup et ne peut mâcher ; la mère ne peut lui faire prendre que du lait et des liquides non irritants. Il n'y a actuellement aucune éruption sur le voile du palais et sur la gorge, quoique l'enfant ait accusé au début un peu de dysphagie. Ces accidents datent de 5 jours ; à ce moment, l'enfant a eu mal à la tête, puis à la gorge ; le lendemain la bouche était prise en même temps que des boutons apparaissaient sur la peau. L'éruption cutanée existe encore et nous permet de reconnaître la nature de cette stomatite qui rappelle, par ses caractères extérieurs, la stomatite ulcéreuse des enfants et des soldats. Nous constatons, sur la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc et sur les membres, des vésicules assez nombreuses dont la plupart sont déchirées, mais dont quelques-unes sont parfaitement pleines et transparentes comme les vésicules jeunes de la varicelle. C'est la première fois que nous voyons l'exanthème buccal de la varicelle provoquer une réaction inflammatoire aussi violente. Sous l'influence du chlorate de potasse, administré intus et extra, l'inflammation tombe rapidement et la guérison ne se fait pas attendre. Dans l'observation qui suit, on verra une stomatite varicelleuse analogue, quoique moins intense. La stomatite, légère, moyenne ou forte, est la conséquence directe de l'exanthème buccal ; son intensité est proportionnelle à l'abondance de cet exanthème.

OBS. II. — *Fille de 6 ans atteinte de varicelle. Nombreuses vésicules dans la bouche et à la face interne des lèvres. Stomatite.*

B..., Geneviève, âgée de 6 ans, que j'étais appelé à voir le 27 janvier 1887, était malade depuis la veille. Au moment de mon examen, elle accusait une soif très vive ; le thermomètre mis dans l'aisselle marquait 37°,7. Le corps de cet enfant présentait un grand nombre de vésicules, les unes claires et arrondies, les autres acuminées et pustuleuses ; trois ou quatre de ces pustules étaient nettement ombiliquées. Un exanthème, très gênant pour la malade, occupait la muqueuse buccale et pharyngienne.

Il existait des vésicules déjà ulcérées au niveau de la langue, à la face interne des joues, sur les gencives, à la face interne des deux lèvres, sur le voile du palais, et peut être aussi sur la paroi postérieure du pharynx. Toutes ces parties étaient rouges et enflammées ; il y avait une salivation abondante et l'irritation de la gorge se traduisait par une toux sèche et quinteuse. La lèvre supérieure, dont les faces cutanée et muqueuse

(1), présentait un gonflement considérable de notre petite malade, plus jeune (5 ans) et observée par moi le 12 janvier pour une varicelle, venait donc de cette dernière et la période était à 12 ou 15 jours. L'examen des urines, négatif au point de vue de l'albuminurie. Le motif principal de la stomatite varicelleuse, évidente.

Comme dans les observations précédentes, l'exanthème buccal était d'origine inflammatoire violente; ce n'est pas les vésicules, qu'elles siègent sur la dorsale ou les bords de la langue, sur les joues ou sur les lèvres, qu'il y ait eu de l'irritation appréciable; elles sont analogues à des aphthes et disparaissent rapidement.

Un cas observé le 15 décembre 1886, chez une fillette de 4 ans, nous avons vu, comme dans les observations précédentes, des vésicules ulcérées sur la face interne des lèvres sans gonflement.

Il y avait une certaine gêne à la mastication et à l'ingestion des aliments, quoiqu'il n'y ait pas eu de l'œdème (obs. I, de notre première note) sur les lèvres et palatines.

Il y avait des observations dans lesquelles la stomatite était limitée à la bouche, et s'est étendue

*Un mois atteint de varicelle cohérente. Stomatite et conjonctivite. Sur le palais, sur la lèvre inférieure, sur la joue gauche. Stomatite et conjonctivite.*

Observations le jeune R..., Edouard, âgé de

---

Il faut remarquer, avec raison, que l'élément éruptif est plutôt qu'une vésicule.

13 mois, allaité au biberon et rachitique. Cet enfant avec succès cinq semaines auparavant. Il y a trois jours anorexie; le lendemain, apparition de vésicules sur la face; les jours suivants, propagation au tronc et aux membres. On constate l'existence d'une éruption cohérente à un degré qui n'est encore vu dans la varicelle. Les éléments éruptifs sont plus nombreux que le tégument a été irrité et que le fond qui recouvre les vésicules est uniformément rouge comme dans la scarlatine. Ce bord *scarlatiniforme*, des vésicules de différentes tailles, pleines et parfaitement transparentes, les autres

Le surlendemain (1<sup>er</sup> juillet) existent de nouvelles pustules dont quelques-unes sont ombiliquées. La surface du visage est devenue rouge; des vésicules jeunes recouvrent les cuisses, les jambes, les mains et les doigts. On note une vésicule à l'entrée du conduit auditif externe gauche, des vésicules ulcérées sur le voile du palais, sur la face inférieure, et sur la face interne de la paupière inférieure. Ceci résulte de la stomatite et de la conjonctivite. Sur le corps, les pustules dont la plupart sont ulcérées.

Le 3 juillet, nous n'observons plus de vésicules nouvelles, mais une croûte sèche, une desquamation par plaques au niveau des fesses. La fièvre, assez vive les premiers jours, a diminué. Le 8 juillet (11<sup>e</sup> jour de la maladie) tout est terminé. Quelques croûtes sèches, en partie détachées. Voilà, sinon grave, de la varicelle.

**OBS. IV. — Garçon de 5 ans atteint de varicelle polymorphe. Exanthème buccal. Conjonctivite.**

Le jeune A..., Emile, âgé de 5 ans, est conduit le 13 décembre 1886, pour une éruption vésiculeuse limitée à la face; trois jours au niveau du cou, pour s'étendre ensuite à tout le corps. Aujourd'hui on constate la présence simultanée d'éléments différents : vésicules en grand nombre, bulles et pustules. Ce n'est pas la première fois que nous rencontrons ce type d'exanthème varicelleux. Chez cet enfant, on constate une ulcération sur la face dorsale de la langue et une autre sur la muqueuse environnante n'est pas influencée par cette ulcération. La conjonctive palpébrale gauche présente une

de trois vésicules : deux occupent le bord re, la troisième est située plus profondément du globe oculaire. La conjonctive palpe dans toute son étendue ; il y a une sensation qui porte l'enfant à se frotter. Nous prescrivons zinc, après avoir touché légèrement les lésions avec le nitrate d'argent. Guérison rapide de la localité.

Le cas que nous ayons constaté dans la varicelle oculaire occupant la conjonctive bulbaire.

*Cas 1/2 atteint de varicelle. Vésicule conjonctivale oculaire gauche.*

Ce cas, nous est conduit le 23 avril 1886 pour un enfant de dix ans. C'est un garçon bien portant, avec de nombreuses cicatrices de vaccine à chaque bras. La varicelle est très discrète ; la plupart des vésicules n'étant que dans l'angle interne de l'œil gauche, une vésicule ayant la forme et la taille d'une vésicule est peu douloureuse, mais elle est entourée d'une conjonctivite assez étendue ; attouchement au nitrate d'argent.

Observations oculaires de la varicelle. Nous avons vu un enfant atteint de varicelle, avec une cornée droite, une taie arrondie et une conjonctivite varicelleuse. Cette complication, nous l'avons observée par d'autres médecins, M. Besnier la cite dans ses cliniques. Donc la varicelle peut provoquer une conjonctivite palpébrale, une conjonctivite palpébrale curable et sans gravité ; elle peut aussi, exceptionnellement, atteindre la cornée et laisser à sa suite une taie indélébile. Voici une observation de conjonctivite varicelleuse :

Un enfant de dix ans, atteint de varicelle, présente une conjonctivite varicelleuse à la cornée droite, une taie arrondie et une conjonctivite varicelleuse. Cette complication, nous l'avons observée par d'autres médecins, M. Besnier la cite dans ses cliniques. Donc la varicelle peut provoquer une conjonctivite palpébrale, une conjonctivite palpébrale curable et sans gravité ; elle peut aussi, exceptionnellement, atteindre la cornée et laisser à sa suite une taie indélébile. Voici une observation de conjonctivite varicelleuse :



**OBS. VI. — *Fille de 33 mois atteinte de varicelle. Vésicules buccales et gingivales. Vésicules vulvaires. Vulvite légère.***

L..., Hélène, âgée de 33 mois, est conduite au Dispensaire le 7 janvier 1887, pour une éruption qui date de la veille. De nombreuses vésicules de varicelle sont répandues sur le corps; l'enfant a de la fièvre; anorexie, soif vive. Il existe sur le dos de la langue, à la partie antérieure, cinq vésicules ulcérées analogues à des aphthes; une ulcération semblable occupe la gencive inférieure; la stomatite est modérée et ne rappelle que de loin la violente inflammation de l'obs. I. Pas de vésicules palatines. En revanche l'enfant accuse des douleurs à la miction qui s'expliquent par une légère vulvite qui résulte de la présence de plusieurs vésicules à la face interne des grandes lèvres et à l'entrée du vagin; la muqueuse est rouge et suintante. Nous avons assez souvent observé cette vulvite varicelleuse, dont M. Hénoch avait également vu des exemples.

Dans l'observation II de notre première note (Progrès médical, 1884), nous avons relevé la présence de vésicules vulvaires accompagnées d'un léger suintement. Récemment encore nous avons vu une petite fille dont la vulve était très irritée par la présence de nombreuses vésicules de varicelle à la face interne des grandes lèvres et à l'entrée du vagin. Chez cette fillette, la vulvite était assez forte pour donner lieu, non seulement au prurit, mais à une douleur assez vive au moment de la miction.

En résumé, la varicelle peut provoquer, par ses déterminations muqueuses, une stomatite plus ou moins étendue et plus ou moins intense, une conjonctivite palpébrale ou oculaire, exceptionnellement une kératite, fréquemment une vulvite. Ces complications (sauf la kératite) ne sont pas graves; elles cèdent spontanément ou avec le concours du chlorate de potasse (stomatite), du nitrate d'argent et du sulfate de zinc (conjonctivite), des lotions émollientes (vulvite).

## II

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Experts en clinique infantile, M. Cadet debrancher, etc., ne dédaignent pas la question de la varicelle. Ils disent, avec raison, que le diagnostic peut avoir des conséquences graves. On sait pertinemment que la variole et la varicelle sont deux maladies différentes. Nous croyons qu'il faut reconnaître la varicelle; cette *petite fièvre éruptive* bien dessinée qui la dénonce d'emblée. Il en a vu des exemples; aucune ne saurait remplacer la constatation clinique; sur cinq ou six cas de varicelle, n'hésitera pas à faire le diagnostic exact dans l'immense majorité des cas où il existe quelques cas qui exigent de la sagacité.

*Un enfant de 9 mois atteint de varicelle. Eruption rappelant l'impétigo.*

Nous avons vu à la consultation de l'hôpital St-Louis un enfant de 9 mois, allaité au sein, couvert d'une éruption qui faisait songer à la gourme, à l'impétigo. La face était couverte de petites vésicules épaissies; le tronc offrait des placards semblables, les éléments au niveau de l'aisselle gauche rappelait l'impétigo; la face était donc absolument méconnaissable et l'erreur de diagnostic n'aurait été évitée que par la constatation, au niveau de l'avant-bras, de vésicules typiques de varicelle.

II, citée plus haut, n'offre pas moins d'intérêt à cause de l'éruption, par sa durée, par la desquamation qui s'en est suivie; l'abondance de l'éruption n'a pas empêché les manifestations locales que nous avons mentionnées.

**OBS. VIII. — Urticaire vésiculeuse chez un rachitique. Diagnostic différentiel avec la varicelle.**

Le 2 avril 1886, on me conduisait au dispensaire thropique, un petit rachitique de 17 mois soumis à l'allaitement. Cet enfant, allaité par sa mère, avait mangé des bouillies à partir de 6 mois. Actuellement, il mange du pain et boit du café et du cidre. Le 31 mars dernier, il eut une éruption ortiée des plus nettes. Aujourd'hui nous constatons des fissures aux paupières, aux mains et aux pieds ; sur le côté de la face, des lésions de grattage, des papules récentes et des points, nous voyons des papules acumminées qui marquent le début de la période d'éruption ; sur la joue, on voit des papules surmontées de vésicules transparentes tout à fait semblables aux vésicules de la varicelle. On pourrait donc songer à la varicelle ; mais nous ferons remarquer qu'il existe, sur des papules typiques d'urticaire ; en second lieu, il est évident, sur la joue même où nous avons observé les lésions, de constater que ces vésicules surmontent de véritables papules ; ce qui n'est jamais ainsi dans la varicelle ; les vésicules sont entourées d'une auréole rosée, mais elle n'ont pas pour base une vésicule.

Le même jour (2 avril) nous observions un autre enfant, non vésiculeuse il est vrai, dont on a diagnostiqué la scarlatine. Les jours suivants (5, 7 et 11 avril) nous eûmes également l'occasion d'observer des éruptions de ce genre chez les enfants qui fréquentent le Dispensaire de Crimée. Il semblait y avoir une influence épidémique. Les dermatologistes invoquent souvent à cette

**OBS. IX. — Urticaire vésiculeuse chez un rachitique atteint de rachitisme et de dilatation cardiaque. Diagnostic différentiel avec la varicelle.**

Le 8 décembre 1886, la petite D..., Blanche, âgée de 18 mois, est amenée pour des démangeaisons très fortes dont elle se plaint depuis plusieurs jours.

u biberon à la campagne, était nouée entre en rapport avec une dilatation alimentaire détestable : légumes, nt aurait eu des convulsions. Après is constatons, sur le dos, les fesses, ges plaques rouges qui sont le siège nuit que le jour. En certains points, itées de vésicules cristallines qui ne varicelle. Sur les mains de l'enfant, ogues aux pustules varioliques, ail- s qui rappellent l'herpès. Du reste, pas d'excoriations, pas de croûtelles ; l'appétit est conservé. Le 17 dé- on éruption n'est pas terminée ; il y on trouve encore des plaques d'urti-

Dans ce cas, comme dans le précé- ngtemps douteux ; car il y avait des vésicules *varicelliformes* avaient

aire, comme on a pu le voir, ants mal nourris, rachitiques, en effet, chez les malades de serve le plus fréquemment ; prend quelquefois les allures prurigo d'Hebra.

nson (cité par Le Gendre) e ne serait-elle pas la même lont nous venons de parler ? e différentiel entre cette mala- e réelles difficultés. L'élément de lointaines analogies avec ; quant aux autres symptô-

igus des enfants qui ne puisse varicelle ; mais si l'erreur est ne l'est pas longtemps. Nous

## VUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

deux cas de pemphigus aigu dans la première  
remier a été bénin (1); le second a été mor-  
observation.

*phigus aigu chez une petite fille de 25 mois  
veron. Mort en 8 jours Eruption analogue à la  
lébut. Diagnostic différentiel.*

6, la jeune V... Louise, âgée de 25 mois, est conduite  
dispensaire. Cette enfant, quoique nourrie au biberon,  
et n'avait pas encore été malade; elle n'avait eu jus-  
éruption. Le 20 mars, elle est prise de fièvre et refuse  
ade habituelle. Le lendemain, la fièvre est plus vive,  
ron. Le 22 mars apparaissent, à la face, des vésicules  
de la varicelle, les unes disséminées sur le front et les  
groupées sur le cou; ces vésicules petites, arrondies ou  
ement transparentes, reposant sur une surface rosée,  
se, rappellent, à s'y méprendre, la varicelle. Mais il  
esicule sur le reste du corps et pas le moindre exan-  
tyngien. Etat général mauvais, abattement.

véritables *bulles pemphigotides* ont remplacé les  
du début; ces bulles sont confluentes au-dessous du men-  
une trentaine; la plupart sont déjà affaissées et flé-  
chlyctènes qu'on aurait transpercées; quelques-unes sont  
n et ont le volume de grosses noisettes; deux bulles  
droite, on en compte cinq sur le pavillon de l'oreille  
grand nombre sur la tempe du même côté. Les régions  
nt présentent un aspect parcheminé qui attire notre  
de la mère, ces régions auraient été le siège, depuis  
ées éruptives analogues à celle de la face. Rien à rele-  
édents héréditaires; père (44 ans) et mère (39 ans) bien  
i cinq autres enfants bien sains. Il existe, à la partie  
ion gauche, un souffle révélateur de broncho-pneu-

lles de pemphigus plus larges sur la face et sur la nuque.

0 mois), atteint de pemphigus aigu le 1<sup>er</sup> août 1883, gué-  
ril 1885 (2 ans 1/2) rachitique et scrofuleux (kératite);  
le mauvaise alimentation.

nt profond. Mort le 28 mars (8<sup>e</sup> jour de

iné si malheureusement, le dia-  
vait être discuté, entre la vari-  
e le premier jour de l'éruption.  
s) fût un peu longue pour une  
ité des symptômes généraux, on  
die à cause de l'éruption faciale.  
n'était plus permis et le diagnos-  
posait.

ne nous ont mis en présence de  
igo, d'urticaires vésiculeuses et  
l'éruption varicelleuse. Aussi  
passant, du diagnostic différen-  
es. Mais nous reconnaissons que  
iel intéressant, au point de vue  
e apprend à distinguer, toujours  
ricelle de la variole. Confondre  
e actuelle, serait commettre une  
, jusqu'à un certain point, la res-  
us avons vu à l'hôpital St-Louis,  
de cette erreur, de cette faute.

1<sup>o</sup> admettre qu'il n'y a rien de  
t la varicelle; 2<sup>o</sup> savoir toujours  
En présence d'un cas douteux  
t dépouiller l'enfant de tous ses  
*vésicule limpide* ou la *bulle* qui  
N'y aurait-il qu'une seule bulle  
its éruptifs multipliés rappelant  
*quées* de la variole, elle serait  
c. Je ne fais pas entrer en ligne  
symptômes généraux, qui, dans  
es (les seules qui puissent être  
varicelle), ne diffèrent pas assez

Nous n'insisterons pas davantage, la description ne remplacerait pas la cons maladie. Et c'est par là que nous termin le diagnostic différentiel de la varicelle, *il faut l'avoir vue.*

#### CONCLUSIONS

La varicelle, malgré sa bénignité habituelles, peut offrir quelques particu

I. — D'abord elle s'accompagne presque exanthème bucco-pharyngien qui peu important que l'exanthème. Discrètes, bouche et du voile du palais, ne provoquent inflammatoire appréciable dans la majeure

Plus abondantes, elles déterminent traduit : tantôt par une stomatite inter gingivite, tantôt par une labialite. A élevé, la stomatite varicelleuse est une affection qui se traduit par : salivation, g ne de la mastication. Les vésicules peuvent atteindre la conjonctive palpébrale donner lieu à une conjonctivite ; dans les corn eons, elles peuvent occuper la corn eelle une tache indélébile.

Chez les petites filles, la varicelle est suivie de vulvite légère avec mictions douloureuses de vésicules plus ou moins nombreuses sur les parties de la vulve.

Ces différentes complications de la varicelle n'ont aucune gravité (sauf la kératite).

Il n'est pas de même de l'albuminurie et de la varicelle signalées par quelques autres complications (exceptionnelles il est vrai) qui peuvent même entraîner la mort.

II. — Le chapitre du diagnostic différentiel

u'il est avéré que la varicelle et les différentes qui ne confèrent, aucune immunité, il faut savoir s tous les cas.

entre la varioloïde et la variola constatation directe de la

leuse et de pemphigus, que nous t facilement de la varicelle.

---

## IRRHOSE INFANTILE

a faculté, médecin des hôpitaux de Lyon,  
merat, interne des hôpitaux (1).

---

### S PERSONNELLES

es ont été prises dans notre ser-

neuf ans trois mois, entré le 29 novem-  
rophique grasseuse prise pour une péri-

e sœur morte en bas âge. Deux frères

sse depuis longtemps. Eut pour la pre-  
entre volumineux ; mais ceci disparut

que son abdomen a commencé à gros-  
st. A son arrivée dans la salle, il est  
es dimensions, refoulant fortement le  
malade une dyspnée considérable. A  
çoit la sensation de flot très nette, et  
mpanisme intestinal sur la surface de

---

Enfance, Mars.



l'abdomen. La gêne respiratoire nous oblige à faire une suite de laquelle nous retirons 3 litres seulement d'un liquide mousseux : le malade est considérablement soulagé. Le prépuce est le siège d'un œdème modéré.

Du côté de la poitrine : à la percussion, on ne perçoit : à l'auscultation, on entend, dans toute l'étendue, de petits râles ronchus disséminés. Aux deux sommets, souffle dans les bronches. En avant, sous les deux clavicules, on entend des sons sonores.

Le cœur n'est pas déplacé, ses battements sont normaux, n'ont pas de caractère morbide.

L'enfant est amaigri, et succombe bientôt dans le marasme.

*Autopsie.* — A l'ouverture du cadavre, ascite considérable.

Le foie, petit et globuleux, présente à sa surface des saillies, parsemées de petits points de sclérose. A la coupe, on voit de la cirrhose atrophique.

Dégénérescence caséuse des ganglions mésentériques.

La rate est saine.

Les reins ont un aspect spécial consistant dans la séparation de coutume, des substances corticale et médullaire.

Aux poumons, on trouve, en un point, un assez gros tubercule qui a subi un commencement de dégénérescence calcaire. Le cœur a conservé ses dimensions normales, mais ne crépite pas sous le doigt.

**OBS. II.** — Emile Ortet, 6 ans. Entré le 1<sup>er</sup> juin 1885. (Cirrhose du foie prise pour une péritonite tuberculeuse.)

Père et mère bien portants. Trois frères ou sœurs et une sœur. Vacciné. A eu la rougeole, mais jamais ni coqueluche, ni fièvre typhoïde. Le début de la maladie actuelle remonte au 1<sup>er</sup> décembre dernier. Il aurait présenté de l'ictère il y a 15 jours. Diarrhée. Douleurs abdominales.

Actuellement, l'abdomen est fortement développé. Légère icterus (?) Dilatation veineuse sous-cutanée. Circonférence de

	1 <sup>er</sup> juin 1885.	8 j
A la base du thorax.....	0 m, 68	
Au milieu de l'abdomen.....	0 m, 73	
Au bas de l'abdomen.....	0 m, 65	

Le foie n'est pas hypertrophié et ne dépasse pas les fausses côtes.

flante, avec râles ronflants et sibilants, et poumons. Pas de souffle. Toux grasse. nent.

dans des proportions considérables. est décidée.

oration très marquée. La ponction, à un moment donné, n'a pu être faite. amélioré.

ation qui donne les résultats suivants :

thorax.....	0 m, 65
à l'ombilic.....	0 m, 60
asymphysépubienne.	0 m, 54

Le petit malade meurt quelques jours

Aucune granulation, ni dans le cerveau, ni dans un autre organe. L'épiploon est sur-

te dans toute sa longueur, surtout au loration rouge violacé, avec tuméfaction ieuse. On aperçoit çà et là quelques à la dysenterie).

de couleur jaunâtre. Il pèse une livre. rement clouté. Il est bosselé, parsemé fférents volumes. Quelques-unes attei-

ont pédiculées. Ces sortes de granulations sont peu nombreuses et très irrégulièrement répandues à la surface du foie. La vésicule contient une bile moins colorée qu'à l'état normal. La consistance de l'organe est augmentée. Une section pratiquée sur le bord tranchant montre à ce niveau un tissu exclusivement conjonctif, sans aucune trace de parenchyme.

Obs. III. — Léonard Besse, onze ans. Entré le 13 septembre 1884. Sort le 8 mars 1885. Cirrhose du foie.

La mère jouit d'une bonne santé. Le père est mal portant, non alcoolique, ne tousse pas. Pas d'antécédents alcooliques ni paludéens. Une lèvre typhoïde antérieure, il y a deux ans.

Depuis cette époque sa mère a remarqué qu'il avait conservé un « gros ventre ». Le malade ne se plaint d'aucune douleur spontanée,

## REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

ne sur l'abdomen est douloureuse. Les digestions sont diarrhée, ni de constipation.

Il parfois (une à deux fois par semaine) un peu de kirsch. Il ne boit pas régulièrement de vin aux repas.

On sent une tumeur dure, rénitente à la base droite et gauche. Elle paraît n'être autre chose que le foie qui déborde à travers de doigt les fausses côtes, et arrive à un travers d'ombilic.

Les parois sont lisses. Elle cesse au milieu du creux épigastrique. On sent aussi la matité qui correspond à la douleur. La pression est douloureuse.

En bas, on trouve une deuxième zone de matité, sous laquelle on sent une tumeur dure, douloureuse à la pression, s'avancant jusqu'à un travers d'ombilic, mais descendant plus bas au dehors. En haut, elle s'arrête à travers les fausses côtes.

Matité :

Sur la ligne médiane droite, 13 cent. de matité absolue, en partant du sternum jusqu'au creux costal.

Sur la ligne médiane gauche, 14 centimètres.

Angle costal postérieur droit, 10 cent. en commençant à travers de doigt de la pointe de l'omoplate.

Le bord inférieur du foie dépasse de deux à trois travers de doigt les fausses côtes du côté droit, et à gauche, il s'étend jusqu'à un travers d'ombilic.

Sur la face antérieure des conjonctives; rien dans la face ou dans le nez qui dénote la scrofule ou la tuberculose.

Teinte franchement ictérique des conjonctives. Teinte ictérique de la peau. Circonférence à l'ombilic, 64 cent.;

à la hauteur des dernières côtes, 70 cent.; coloration jaune; pas d'albumine. Réaction de Gmelin (anneaux vert et rouge).

Les selles ne sont pas complètement décolorées; elles ont un aspect terne; elles sont bien moulées.

Poids 29 kil. 350.

Aucune amélioration sensible. Le malade sort, n'a plus donné de nouvelles.

François Chollat, 7 ans. Entré le 16 septembre 1885. Mort le 30 mars 1886. Sorti le 30 mars 1886. (Cirrhose atrophique (? généralisée.)

Pas de renseignements sur les parents. Vacciné. Gras, frais, a bonne apparence. On ne sait s'il a eu la coqueluche, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole. Sœur morte à 3 ans de la dysenterie.

Serait malade depuis 4 mois environ. Depuis cette époque tousserait beaucoup. Aurait des sueurs profuses. Ne sait dire à quel moment l'œdème est apparu.

Etat actuel :

Du côté des poumons, obscurité de la respiration; râles sous-crépitaux fins aux deux bases en arrière. En avant, inspiration rude et plus soufflante au sommet droit qu'au sommet gauche. On ne perçoit ni souffle, ni modification de la voix ou des vibrations qui soit appréciable.

Du côté du cœur, les battements sont un peu sourds; pas de souffle.

A la percussion de l'hypocondre droit on reconnaît que le foie commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et finit à un bon travers de doigt au-dessous de la dernière fausse côte. La pression en ce point est douloureuse. Le lobe gauche descend plus bas et se sent par la palpation. Pas d'ictère, urines claires, ne renfermant ni sucre, ni albumine.

Le ventre est volumineux, les parois en sont œdématiées. Dilatation du réseau veineux sous-cutané. Sensation de flot très nette. On ne peut arriver à déprimer suffisamment la paroi antérieure pour reconnaître l'état des parties profondes. Sonorité de la portion sus-ombilicale et des flancs. Matité de la région sus-pubienne. Circonférence de l'abdomen, 0,68. Anasarque généralisée.

21 septembre. L'anasarque a presque totalement disparu. C'est à peine s'il y a encore de l'ascite; les joues sont moins bouffies; le réseau veineux sous-cutané de la paroi antérieure de l'abdomen a disparu presque complètement.

Le 28. Réapparition de la bouffissure. Le ventre lui-même se tuméfie de nouveau. Le liquide a reparu. Les urines ne renferment toujours pas d'albumine.

29 octobre. Il sort dans l'état où il était entré. Ni aggravation, ni diminution de l'ascite.

4 janvier. Le malade revient dans le service, son état général paraît plus mauvais qu'à son départ; mais il conserve toujours bonne mine. Rien dans les urines. Circonférence de l'abdomen, 0,82.

Ponction vers le 15 janvier. Donne issue à 2 ou 3 litres de liquide. Une seconde ponction dans le courant de mars en donne beaucoup plus (5 ou 6 litres environ).

L'enfant sort malgré nous le 30 mars.

OBS. V. — Nous ne pouvons malheureusement pas reproduire l'observation complète d'un enfant mort à la Charité, dont nous étudierons plus loin les lésions hépatiques, la feuille de clinique ayant été égarée. Nous devons à l'obligeance du Dr Paul Meynet, médecin des hôpitaux de Lyon, notre prédécesseur les renseignements suivants dont nous sommes autorisés à garantir l'exactitude.

Le nommé X..., âgé de 12 ans environ, avait contracté depuis longtemps des habitudes alcooliques. Il fut amené à la Charité par des agents de police qui l'avaient trouvé en complet état d'ivresse. Depuis plusieurs jours cet enfant vagabondait dans les rues et se livrait à des excès alcooliques en compagnie de quelques camarades.

A l'entrée à l'hôpital, on constate une ascite considérable avec œdème des membres inférieurs. Le malade avait eu de l'ictère.

Après un séjour relativement court à l'hôpital, le petit malade meurt.

TRAITEMENT. — Nous n'avons malheureusement rien à ajouter au traitement curatif de la cirrhose infantile dont les indications thérapeutiques se confondent avec celles qui nous sont fournies par la cirrhose des adultes.

La prophylaxie nous paraît par contre de la plus haute importance. Sans méconnaître les services rendus par la médication alcoolique, nous signalerons après bien d'autres, les inconvénients que présente chez les enfants l'usage trop prolongé des boissons spiritueuses dans un but thérapeutique.

En Angleterre, dans les classes élevées, les parents interdisent à leurs enfants l'usage du vin et même de la bière, jusqu'à l'âge de 17 ou 18 ans. Nous approuvons complètement cette sage réserve.

Dans le cours des maladies infectieuses ou à leur déclin, tous les symptômes anormaux dont le foie peut être le point de départ, seront recherchés avec un soin minutieux et combattus en temps opportun. Les conséquences imprévues et éloignées des fièvres infectieuses considérées souvent tort comme absolument bénignes, nous font un devoir de contribuer à rendre plus efficace l'isolement des maladies

à peu près illusoire dans nos

le encore bien incomplète par  
nous empruntons encore à la

fréquente qu'on ne l'a dit jus-  
e de cirrhoses peuvent passer  
nfusion possible de cette affec-  
uleuse, erreur qu'il est souvent  
ie.

e de cirrhose assez fréquente,  
it en Angleterre. La part faite  
ilis, dans la production de la  
ie.

s'accompagnent de lésions  
ansitoires, mais qui, dans quel-  
t devenir le point de départ de

un rapport constant entre le  
iose et la forme anatomique de

rophie au début, est atrophiée  
ction ; la durée de la maladie  
à cette règle générale.

ervée le plus communément est  
ue graisseuse de Sabourin avec  
roscopiquement le volume du

tômes principaux de l'affection  
constituée, sont, l'ictère au début, l'ascite à la fin. Les con-  
séquences imprévues de certaines fièvres éruptives consi-  
dérées à tort comme bénignes, méritent d'éveiller la solli-  
citude du médecin, dont les efforts devront tendre à rendre  
plus efficace l'isolement des maladies contagieuses, actuelle-  
ment à peu près illusoire dans nos hôpitaux.

## DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA

Par le D<sup>r</sup> A. F. Suchard, ancien interne des hôpitaux  
de l'hôpital des bains de Lavey

Si l'on parcourt une des nombreuses monographies écrites à la fin de la première moitié du siècle par exemple de Baudelocque ou de ceux de nos auteurs érudits et consciencieux, on est frappé de voir des médicaments indiqués pour la guérison de la scrofule : mercure, or, goudron, soufre, iode, bromure, strychnine, arsenic, café de glands, feuilles de nérprun, etc. On est étonné de voir des substances absolument contradictoires sur le mérite de ces substances.

De nos jours, on n'a plus la même croyance dans la valeur des produits pharmaceutiques. Les médecins ont encore des idées tout à fait anciennes sur la nature de la scrofule ; ce n'est pas la scrofule qui fasse défaut, les services de nos hôpitaux et les sujets d'étude ne manquent pas, mais l'atmosphère des hôpitaux et des villes n'est pas celle qui convient à ce genre de maladie. Les médecins ne peuvent pas, si bien que les chirurgiens ne voient la scrofule comme une sombre fatalité et hésitent à l'opérer. On les entend dire souvent : « Le moins que la scrofule ne s'en mêle » ; c'est le courage d'Ambroise Paré quand il dit : « Escroüelles sont humeurs.... faites et crues, et tuite gypsée, grasse et visqueuse... d'altération de la humeur court par le corps, et souvent altère et pourrit les os, et rend les pauciers fébriles : en fin meurent misérablement ».

ans pouvoir trouver guérison des  
» (1).

de la scrofulose et de la tuber-  
fâcheuse pour les progrès de la  
le : à quoi bon, s'est-on dit, traiter  
de soin quand la phthisie ne tar-  
i ?

ans environ, des hommes auto-  
e plus encore sur la pathologie  
mie pathologique, ont battu en  
neste provenant d'analogies nom-  
n commence à comprendre que si  
lont on faisait de la scrofule (tels  
mal de Pott, les tumeurs blanches  
es sous-cutanées, certaines adé-  
t tuberculeux et doivent leur ori-  
ux, par contre il y a tout une  
s de la scrofule : les conjoncti-  
ques, les otorrhées, la majeure  
périostites, beaucoup d'arthrites,  
pas le tubercule, corps du délit,  
jamais par ce qu'il ne s'agit pas  
ais de productions d'un état cons-

chez qui toute blessure amène de  
catarrhal devient chronique, chez  
à sa suite une arthrite fongueuse  
riostite. Bref, on est forcé d'ad-  
catégorie de scrofuleux (2) qui ne

---

d. Malgaigne. t. I, p. 352.

e, dans les numéros de septembre et d'oc-  
de la tuberculose en général, extraites de  
s maladies de l'enfance du Dr Cadet de  
rousseau. Dans cette étude remarquable,  
culose et scrofulose ne sont point syno-



sont pas des tuberculeux et ceux-là sont ac-  
médiations, peuvent s'améliorer et guérir. I  
testons point qu'ils ne constituent un terrain I  
tuberculose, mais on peut et l'on doit triom-  
avant que le parasite n'ait élu droit de d  
eux.

Dans cette scrofule franche l'avenir n'es  
menaçant qu'on le croit généralement et no  
pas à dire que la scrofule est certainement, pa  
dies constitutionnelles, celle sur laquelle on  
prise; il est évident qu'ici, comme dans toutes  
à longue échéance, ils faut des traitements pro

Or parmi les modificateurs de la scrofule, l  
males et les bains de mer sont certaineme  
l'efficacité est le mieux reconnue; leurs effe  
moins contestés que ceux du plus banal de tot  
ments administrés contre la scrofule, je vi  
l'huile de foie de morue qui, suivant l'avis  
d'observateurs, n'a d'action que sur les enfa  
mal nourris auxquels font défaut les pri  
carbonés nécessaires à la fabrication des cellu

Voyons donc maintenant comment on soig  
leux dans les stations thermales et ce qu'il  
au bord de la mer. Des traitements suivis et  
obtenus nous pourrions déduire s'il est indi-  
envoyer à la mer ou aux eaux ou si, au contr  
cas dans lesquels il faut choisir, parfois mêm  
En outre, l'étude plus approfondie de ces dif-  
de médiations et de leur action sur l'organis-  
nera peut-être à avoir des notions plus justes  
même de la scrofule et partant nous permet-  
des traitements plus sûrs et plus actifs.

Parmi les eaux thermales, ce sont les ch  
sulfureuses à qui sont surtout dévolues les m  
est question ici. Nous nous occuperons donc  
chlorurées; 2° des eaux sulfureuses et 3° des

*aux chlorurées.*

s en bains et en boisson ; nous  
is.

is l'on a remarqué que les bains  
us de vitalité, plus de coloris,  
e à ce qu'elle soit moins influen-  
température, qu'ils relèvent les  
res, augmentent leur appétit, etc.  
uer ces bons effets à l'absorption  
, surtout du chlorure de sodium  
entation de nos animaux domes-  
tituante de notre sang et il est  
e minérale, celui dont notre orga-  
la privation. Gubler a même dit  
ses sont une vraie lymphe miné-

oses ne se passent pas si simple-  
s contenus dans un bain, même  
nt pas pénétrer dans notre éco-  
pas d'absorption cutanée par le

raiter ici cette question de l'ab-  
nt s'est beaucoup occupé dès le  
le et en particulier pendant ces  
propos de la physiologie de la  
technie. Il faudrait des pages et  
nombreuses expériences faites et  
de toute espèce de liquides, de  
ites dans ces liquides, et cela à  
au moyen aussi de pesées très  
t et après le bain, et d'analyses  
conomie au début et à la fin des

onclusions sur lesquelles, du reste,

il y a accord, surtout depuis que les découvertes de M. le professeur Ranvier ont démontré de la peau, que entre la couche dite couche de Malpighi et les lamelles épithéliales, il existe chez l'espèce humaine un vernis protecteur gras qu'on a appelé *couche à élaïdine* et qui a pour effet de permettre de nous plonger dans l'eau sans que l'eau pénètre notre peau.

Nous sommes organisés comme tous ces animaux brés que de Blainville appelait *pilifères* et après la sortie d'un bain il reste bien un peu d'eau sur la façon des gouttelettes que l'on voit briller sur le duvet du canard ou du cygne qui vient de faire un bain. — la même sécrétion grasse qui protège ces animaux contre la pénétration des liquides à travers la peau. — Pour faire absorber par la peau des substances médicamenteuses, il est nécessaire de les incorporer dans une huile quelconque et d'user de frictions prolongées. — du reste pour les pommades mercurielles, ou pour la quinine, etc., dont l'action est indiscutable. — l'inverse de l'eau se mêlant à la couche à élaïdine et à la graisse des glandes sébacées.

Voici, donc les conclusions de la physiologie de la peau (il va s'en dire qu'il s'agit ici de la peau à l'état normal, l'épiderme n'est pas fendillé et qui n'a aucune lésion due par des plaies ou des maladies cutanées) :

- « superficielles de l'épiderme s'imbibent,
- « l'effet de l'eau et des matières salines contenues dans l'eau
- « surtout quand le bain est très chaud, d'une durée de plusieurs heures et que la sécrétion des glandes sébacées a été enlevée par un savonnage préalable
- « substances alcalines contenues dans le bain
- « L'imbibition n'est nulle part aussi notable que sur la paume
- « palmaire des mains et plantaire des pieds
- « pas de glandes sébacées ; mais cette imbibition est due aux cellules épithéliales n'a pas pour conséquence une

. L'eau qui imprègne les couches ne s'évapore peu après le bain. fait pour favoriser l'imbibition, ifiante qu'on ne peut l'apprécier les pesages, ni autrement »(1). uestion de l'imbibition, première ué de l'absorption. Il y a bien un derme produit par sa macération it une absorption dans le vrai sens tration de l'eau dans le sang. Pas-

ces faites en ajoutant au bain s dont les moindres traces sont es réactifs chimiques : tels que ro-cyanure jaune, le chlorate de oude, l'arséniate de soude, etc., ces ne se retrouvent ni dans le ns l'urine, ni dans aucune de nos enant des sucs végétaux n'ont ainsi que la décoction concentrée 'urine l'odeur forte et caractéris- rs quand on en a mangé, même idone et de digitale n'ont produit es nerveux, ni sur la circulation ans le Dictionnaire de médecine ome IV).

admettre que la peau possède la des : « Les glandes sudorifiques sont du reste pas organisées pour tions répétées on peut faire pas- naux excréteurs de ces glandes, lités qui ont pénétré sont si mini-

« mes qu'on ne peut leur donner aucune valeur, gique, ni thérapeutique. »

« La peau n'est perméable qu'aux gaz (ce q  
« fonction respiratrice de l'enveloppe cutanée)  
« que de l'hydrogène sulfuré, de l'iode à l'ôta  
« vent passer du bain dans notre économie, tai  
« a absorption cutanée de l'acide carbonique  
« minérales que quand ce gaz y est très abond  
« à avoir une tension plus forte que celle du ga  
« contenu dans le sang et la lymphe et dans c  
« rables la proportion qui pénètre est minime

Il n'y a donc aucune absorption par la peau des sels qu'elle renferme; cependant l'effet de pas contestable et même cet effet est diffère principes minéraux ou médicamenteux dissoc baignés. Il faut donc admettre que l'action ne s'ex absorption mais par contact. Cette action de une excitation du tégument externe, une irritat superficiels qui impressionnent les centres nerv réagissent à leur tour par des nerfs centrifug duire une accélération ou un ralentissement d tion dans les capillaires périphériques et aussi plus ou moins fréquents les mouvements res] agir de la sorte sur notre calorification.

## ABCÈS RÉTROPHARYNGIENS

### DEUX CAS D'INCISION SUIVIE DE PHÉNOMÈNES

Par M. Témoin, interne des hôpitaux.

Nous allons rapporter deux observations i d'abcès rétropharyngiens dont l'ouverture fut s nomènes d'asphyxie.

(1) Leichtenstein, loc. cit.

ivier à trois heures de l'après-midi, un petit garçon est apporté à l'hôpital des Enfants-Malades. Ce petit enfant, dont la mère, n'a jamais été bien portant; il s'est présenté les symptômes d'une paralysie infantile. Il ganglions cervicaux sont extrêmement développés. Jusque-là, les parents ont observé un changement notable la respiration devint gênée et fit entendre un ronflement continu, pénible d'abord, devint tout à fait impossible, l'enfant est amené à l'hôpital il y a vingt-quatre heures

l'enfant est pâle, cyanosé, la respiration est pénible, les parois abdominales se contractent violemment. L'inspiration est spéciale à noter; mais chaque expiration fait un ronflement particulier, rauque, à timbre métallique. Les cris de l'enfant sont normaux et ne présentent rien de spécial. On trouve habituellement et désigné sous le nom de tumeur de la déglutition est absolument impossible. La tête est en extension. Avec un doigt porté au fond de la bouche, on trouve, en arrière de la base de la langue, une tumeur saillante, développée à gauche et se portant sur la ligne médiane, dont la grosseur est celle d'une noix à peu près, qui, à l'état normal, est laissée libre entre la base de la langue et le palais, elle est fluctuante. Sa couleur, dont on s'aperçoit en faisant ouvrir la bouche du petit malade, est blanc rosé correspondant à la partie saillante en avant. On a l'impression d'un abcès rétropharyngien, qui est ouvert aussitôt. L'enfant est maintenu dans la position verticale, un aide le soutient dans l'angle de la bouche de façon à permettre l'accès au fond de la bouche et, sur ce doigt, la tumeur est ouverte au bistouri par une incision verticale et demi, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Un flot de pus s'échappe au dehors, pus grisâtre, mal odorant et la tête de l'enfant est inclinée en avant. Mais au moment où les symptômes d'asphyxie augmentent et les mouvements cessent complètement. L'enfant est placé la tête en bas, respiration artificielle. Après quelques secondes, les bruits respiratoires reparaissent, et avec des éponges montées il comprime la tumeur, de faciliter la sortie du pus, et on évacue presque toute la cavité de l'abcès.

L'enfant éprouve alors un soulagement considérable; le ronflement a complètement disparu et mine plus aucune gêne. La bouche est lavée av

6 Janvier. L'ouverture de l'abcès reste béante, le pus s'échappe encore à la pression. L'enfant  
7. Le mieux s'accroît.

8. L'enfant est triste; il y a une élévation de température à 38°,6. L'appétit a disparu, la respiration est gênée. L'exploration de la bouche ne dénote rien de particulier. Le ronflement a disparu, le passage est absolument libre. Les jugulaires continuent avec des alternatives de bien et de mal. La température atteint 40°, le pouls est à 120, et l'auscultation n'avait donné aucun résultat, fait entendre de la broncho-pneumonie. Malgré un traitement continué le 19 janvier.

Nous avons cru devoir rapprocher de ce cas qui nous est personnelle, l'observation que nous a voulu nous communiquer notre collègue

Obs. II. — Le 18 juin, une petite fille de dix ans amenée à la consultation de l'hôpital des Enfants, raconte que depuis quelques jours (ils ne peut préciser les accidents), cette enfant est malade, qu'elle a de la fièvre, et cela parce qu'elle semble avoir beaucoup de peine à respirer.

A l'examen, on constate une légère tuméfaction de la gorge, la respiration est gênée, l'enfant pousse de faibles soupirs, on entend un ronflement prolongé. Un doigt porté dans la cavité buccale fait sentir une tumeur du volume d'une grosse amande immédiatement en arrière de la base de la langue.

Cette petite fille est atteinte d'abcès retropharyngien.

La tumeur est ouverte au bistouri; il s'écoule une certaine quantité de pus, et l'enfant semble soulagée. Elle est remise à la fille de salle, la tête n'étant pas en avant, la petite malade est prise de suffocation, symptômes de l'asphyxie; elle est pâle, et les mouvements respiratoires cessent. L'enfant est placée alors la tête en bas, la trachéotomie est pratiquée et après quelques instants de cette manœuvre la face disparaît et les mouvements respiratoires

salle Sainte-Pauline, n° 29, la tête penchée  
quantité de pus s'échappe de la cavité  
sur il fallut pratiquer des lavages antiseptiques  
à la sortie du liquide purulent par des compresses  
bouche à l'aide d'éponges montées.  
née, la respiration se fait assez bien, la  
n.

satisfaisant, la petite malade est dans un  
présente une dyspnée assez intense. La  
la tumeur est affaissée, le pus a cessé de  
t non plus aucune indication.

enant trop intense et les symptômes d'asphyxie  
omie est pratiquée et semble donner un

ion fut libre, et l'état général de la malade  
trième jour apparurent les signes d'une  
si nécessiterent son passage dans un service  
t dix jours après l'ouverture de l'abcès.

ations, l'ouverture de l'abcès fut  
instantanément, dans le second  
accident qui eût pu être fatal, et  
cause de la complication survenue  
pneumonie. C'est justement ce qui  
signaler, car peut-être ces accidents  
ils pas assez connus.

ens en effet demandent absolument  
e d'après toutes les statistiques,

Roustan, par exemple, il y a eu  
ès rétropharyngiens qui n'avaient  
adis que le nombre des guérisons  
cas où l'abcès rétropharyngien

re faite le plus tôt possible, l'incision  
nent large pour amener l'écoulement  
préférer cette incision à l'ouverture  
droit ou courbe, parce que cette



dernière est insuffisante ou peut se référer au précepte formulé dans tous les traités de pathologie et auquel nous avons obéi en ouvrant largement la trachée.

Mais ne peut-il arriver assez souvent ce que nous craignons chez les deux petits malades dont nous rapportons les observations? Un cas a été rapporté où l'asphyxie survint au moment où l'abcès fut ouvert, et la mort fut instantanée. D'un autre côté, la mort a été signalée à la suite de la rupture spontanée de l'abcès et de la chute des fausses voies respiratoires, et rien ne s'oppose à ce que cet accident puisse survenir à la suite de l'ouverture largement au bistouri (1).

Gillette a décrit, d'après la hauteur qu'atteint l'abcès rétropharyngien supérieur, trois variétés. Bien qu'il soit difficile, souvent impossible de déterminer l'origine exacte de leur siège, puisqu'au moment de l'examen ils font toujours une saillie plus ou moins en arrière de la base de la langue, on connaît leur importance au point de vue des accidents qu'ils occupent; plus en effet l'abcès sera situé haut, plus l'issue du pus par la bouche sera facile. Par la simple inclinaison de la tête en avant, l'issue d'un abcès situé plus bas dans la portion inférieure du pharynx aura beaucoup plus de tendance à tomber dans le larynx.

Nous trouvons dans le traité de la suppuration du pharynx l'observation d'une femme de 40 ans atteinte d'abcès rétropharyngien, morte de l'asphyxie. À l'autopsie, on trouva la partie la plus saillante de la tumeur dont la grosseur était celle d'un œuf de poule, comprimant la glotte contre la base de la langue.

---

(1) Bokai rapporte, dans un travail de 1876, deux cas de mort par asphyxie au moment de l'ouverture artificielle de l'abcès chez lesquels la vie ne put être ramenée qu'au moyen des nerfs du diaphragme.

analogue, non seulement le  
mais encore que le pus ait  
le larynx qu'à s'échapper

tant sur les abcès rétropha-  
871), préfère l'emploi du tro-  
rainte que le pus au moment  
la trachée et ne suffoque le

rie et la déglutition du pus  
temps un abcès rétropharyn-  
tion dans son livre de chi-  
long trocart, la tumeur fut  
une assez grande quantité de  
eaux) s'écoula par la canule.  
piqûre du trocart fut agran-

s avons rapporté deux exem-  
que l'expérience le prouve,  
nent à redouter pour néces-  
oire formulé par M. Després.  
ndre les effets d'une large  
l'ouverture première étant  
abri de la fermeture préma-

---

## IVERSES

---

**fulminans** (Deux cas du purpura  
ROCH (*Müncher medicinische*  
ne communication faite à la Société  
86, le professeur Hénocch rapporta  
purpura à évolution excessivement

Le 1<sup>er</sup> cas a été observé chez un jeune garçon âgé de 5 ans qui présentait les taches de purpura dans le cours d'une pneumonie le 2<sup>e</sup> jour de la période critique. Les taches d'abord isolées devinrent très rapidement confluentes et bientôt la plus grande surface du corps présentait une coloration brune noirâtre. La température dépassait légèrement la normale. Mort le lendemain dans le collapsus.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, il s'agit d'une petite fille âgée de 2 ans 1/2 qui, au dire de ses parents, venait d'avoir la scarlatine. On observe à la surface de la peau de nombreuses plaques rouges de la grosseur d'une pièce de 1 franc, qui deviennent bientôt confluentes. Au bout de très peu de temps, les bras se tuméfient et présentent une coloration noirâtre. Pas d'odeur de gangrène. Pas de fièvre. Pouls normal. Collapsus et mort. Dans les deux cas l'autopsie ne laissa voir aucune altération pathologique, si ce n'est une anémie considérable de tous les organes. L'auteur a connaissance d'un 3<sup>e</sup> cas analogue aux précédents, qui fut observé à Bruxelles. La mort survint chez ce dernier malade à la suite d'une attaque convulsive.

A ces 3 cas s'ajoute un 4<sup>e</sup>, observé par le Dr Michaelis chez un petit garçon âgé de 9 mois, manifestement rachitique, qui avait des attaques d'éclampsie. Poumons et cœur normaux. A la surface du corps nombreuses taches foncées, ne disparaissant pas à la pression du doigt. Mort rapide.

Le purpura ne constitue pas, d'après Hénoc'h, une entité morbide. Il s'agit d'une diathèse hémorrhagique qui peut survenir sous l'influence de causes diverses. Les modifications anatomiques qui accompagnent cette diathèse sont encore très peu connues. On a signalé, il est vrai, des modifications microscopiques des artères, dans les cas de purpura, mais ces altérations n'ont aucune signification depuis les recherches de Fischel qui a constaté que pendant la première enfance les artères présentent parfois des modifications endartériques sans que l'état général soit troublé ou qu'on ait affaire à une diathèse hémorrhagique. Le purpura étant survenu dans le premier cas consécutivement à une pneumonie, dans le deuxième cas vraisemblablement à la suite d'une scarlatine, on peut supposer qu'il existe des rapports étroits de causalité entre lui et les maladies infectieuses. Le cas de Belgique est contraire à cette supposition et de plus, tout le monde sait que les purpuras qui surviennent à la suite d'une variole présentent à peu près toujours une marche bénigne.

Baginsky, dans la discussion soulevée par ces faits, rapporte un cas

purpuras seraient liés, au point de vue de l'étiologie. Senator qui a vu également un pu-  
 blière pense que les maladies infectieuses  
 ont à cet exsudat spécial.

invagination bei Kindern, mit Ausgang in Gene-  
 ration intestinale chez des enfants avec guérison,  
*Kinderheilkunde*, 1880. T. VIII, F. 1.)  
 . cas d'invagination intestinale. Dans le  
 garçon âgé de 2 ans 1/2, qui fut pris subite-  
 ment douloureuse abdominale excessivement vive,  
 à la selle. Sur le côté gauche du ventre, au  
 du colon transverse avec le colon descen-  
 dante douloureuse à la pression. Insufflation d'air  
 au soufflet ordinaire. Au bout de 7 à 8 mi-  
 nutes un bruit particulier et le petit malade  
 guérit.

goureux nourrisson âgé de 7 mois qui était  
 . Vomissements répétés; cris et torsions  
 du côté droit, au niveau du colon ascendant, tu-  
 méfaction. Une insufflation d'air pratiquée  
 n'amena aucun résultat, il en fut de même  
 avec de l'eau tiède. Sur les conseils du professeur  
 avec du chloroforme, puis on lui injecta  
 d'eau tiède, puis immédiatement après une  
 nouvelle. Au bout d'une demi-heure l'enfant  
 et général s'améliora rapidement.

sur les méthodes de traitement, l'auteur rappelle  
 l'invagination communiqué par le Dr Eisens-  
 le rectum parvint à réduire l'invagination.  
 anglaise et américaine, préconisée égale-  
 ment consiste à injecter dans l'intestin un  
 liquide. Ce moyen peut être excellent dans  
 l'air, au moyen d'un soufflet qu'on trouve  
 sans aucun résultat. Mais l'auteur insiste par-  
 ticulièrement sur les résultats que donnent les injections d'eau dans  
 l'eau tiède. Cette indication a été indiquée d'abord par Widerhofer qui  
 l'a faite. A cette injection d'eau tiède, le

professeur Monti qui s'est spécialement occupé une seconde injection d'eau glacée. La quantité injectée varie de 1 à 4 litres, selon l'état de l'igination n'est pas tout à fait récente, les injections avec précaution, par crainte d'une rupture intest

---

**Beitrag zur retro-peritonealer. Hydronephropation** rétro-péritonéale d'une hydronéphrose), (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887, n° 3).

Un enfant âgé de 7 ans, avait depuis plusieurs lumineux. A son entrée à l'hôpital, il mesurait 1 Dyspnée. Pouls 100. Vomissements répétés. U donna issue à 11 litres de liquide rougeâtre, con urique. A la suite de cette ponction, l'urine tou devint rougeâtre et présenta de l'albumine. Le l rempli en très peu de temps, on procéda à l'i gauche, incision verticale, longue de 20 centim 11<sup>e</sup> côte gauche. Le péritoine est immédiatement points de suture. Enucléation rétro-péritonéal masse du pédicule. Drainage de la cavité et appl licielles. Pendant les premiers jours qui suivire intense. Pouls 160. Temp. 39. La quantité miers jours entre 200 et 300 gr. Au bout de à 700 et 800 gr. Suppuration de moyenne in plète au bout de 5 semaines. Dans cette hydr congénitale, le point d'insertion de l'uretère st élevé et situé à la face antérieure de la tumeur. ment perméable.

---

**Untersuchungen bezüglich der Temperaturve kationen der künstlichen Erwärmung frühze** (Recherches sur la température et les indications des enfants nés avant terme), par J. EROSS. *At* 1886, T. XXVII.) — Il résulte des recherches clinique obstétricale de Budapest, que chez les e la température n'est pas toujours au-dessous de l qu'il a observés, les 3/4 présentaient une tempé fébrile. Chez ceux-là par conséquent, l'incubat

tile. Cette dernière n'est indiquée que si le nouveau-né est inférieure à la température normale à la naissance, ni le poids du corps, ni le degré de la température du nouveau-né. Des oscillations fréquemment répétées peuvent

être observées dans les oscillations thermométriques avant terme et les enfants nés à terme, à la naissance. L'auteur a déjà prouvé que chez tous les enfants nés à terme, il se produit, un double abaissement de température. Ces oscillations seraient absolument normales qu'exceptionnellement dans les naissances avant terme, il se produit chez eux qui sont nés à terme, un refroidissement quelque temps d'une élévation graduelle. L'abaissement est plus considérable et de durée plus longue. Une élévation consécutive survient plus lentement et plus tard chez les enfants nés à terme. La seconde élévation (au bout de 3 à 5 jours) qui sont si communes chez les enfants nés à terme, font ordinairement défaut lorsque l'enfant est né avant terme, dans ce cas, c'est ordinairement à la fin du premier mois que la température momentanément élevée alors elle s'abaisse encore davantage. Chez les enfants nés avant terme la vie devient plus difficile et on ne peut que maintenir les enfants plus longtemps que possible dans une température aussi égale que possible.

La variation de la température qu'on observe chez les enfants nés avant terme ne tient pas à une déperdition de chaleur, mais à une faible production de chaleur moindre.

On cherche à arrêter la déperdition de la chaleur en enveloppant les enfants dans des couches d'ouate plus ou moins épaisses, et on cherche à suppléer à la faible production de chaleur en leur fournissant de la chaleur provenant du dehors.

**angezeigt mit der elektrischen Behandlung des Nervensystems zu beginnen**  
commencer le traitement électrique des

maladies inflammatoires aiguës du système nerveux?), **P**  
**DER** (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1887, n° 2  
*Kinderhk.*, 1887, n° 1). — L'auteur s'élève contre l'op  
accréditée d'après laquelle on ne doit pas employer  
pendant le stade aigu des affections inflammatoires d  
Il prétend que l'on peut, en dosant minutieusement  
le processus inflammatoire dès les premiers jours de la  
de sa manière de voir, il rapporte un cas de polymyé  
petite fille de 11 ans, qui a présenté une marche favor  
ploi précoce du courant constant. La petite mala  
fièvre vive le 23 août 1886, dès le 29 du même mois,  
complète du bras gauche, troubles de la motilité auto  
scapulo-humérale droite, en outre, douleurs vives sp  
des vertèbres cervicales, douleur à la pression au ni  
épineuses de 5°, 6° et 7° vertèbres cervicales et de la 1  
des réflexes tendineux des bras; sensibilité intacte. L  
de la maladie on eut recours au traitement électrique,  
d'appliquer la plaque de l'anode qui avait 55 centimè  
cessivement sur 3 points différents de la colonne ver  
le cathode de même dimension sur le manche du ster  
La force du courant était de 2 à 3 milliampères; la sé  
durait un peu plus de 2 minutes. Il y eut chaque jour  
trisation dans l'intervalle, repos absolu du malade.

L'état général s'améliora dès les premiers jours, b  
au toucher de la colonne vertébrale disparut complète  
les vertèbres dorsales et lombaires devinrent à leur t  
douleur à la pression, on observa également des troi  
du côté des jambes. Mais ces phénomènes n'étaient  
bien marqués.

Au bout de 12 semaines de traitement, les mouve  
étaient complètement revenus à l'état normal. Du c  
toïde, modérément atrophie, avait conservé une faibl  
les autres muscles avaient repris leurs fonctions, ils  
plus faibles à gauche qu'à droite. Retour des réfl  
niveau des bras. Sur les extrémités inférieures, i  
plement un peu de faiblesse autour de l'articulation  
côté gauche. L'observation de M. Friedländer, moi  
tion, employée dès le début de la polymyérite aiguë  
vénients à la condition que l'on procède avec une

L'auteur ne se dissimule pas que dans bien des cas analogues, la terminaison est tout aussi favorable, sans aucune intervention.

---

**Zur Lehre von der Dystrophia muscularis progressiva.** (Contribution à l'étude de la dystrophie musculaire progressive), par O. BUSS. (*Berl. kl. Wochenschs.*, 1887, n° 4. *Centralbl. f. Kinderhkl.*, 1887, n° 1). — Dystrophie musculaire progressive chez deux enfants de la même famille, issus de parents consanguins.

Le premier est un garçon de 13 ans. La maladie débute chez lui, à l'âge de 10 ans, par des douleurs déchirantes et des sensations de traction dans les membres; bientôt après, il se produit une parésie à développement lent mais croissant de tout le corps; l'enfant a de la peine à marcher et à monter les escaliers. Ses mollets, à cette époque auraient été plus gros qu'au moment où l'observation de la maladie fut prise.

La physionomie de cet enfant est celle d'un individu quelque peu idiot. Sa bouche est entourée d'un cercle sénile qui est le résultat de l'amaigrissement des lèvres et particulièrement de la lèvre supérieure. Le pannicule adipeux est assez bien développé, la sensibilité intacte; pas de phénomènes cérébraux anormaux.

Au niveau des extrémités supérieures, atrophie notable des bras par suite de la diminution du biceps et du brachial interne. Le premier de ces muscles est très dur et fortement tendu, sa rétraction s'oppose à l'extension complète du bras. Il existe, en outre, quoique à un moindre degré une atrophie des pectoraux, des trapèzes et des autres muscles du dos. Les parties supérieures et postérieures du deltoïde et la portion supérieure du triceps paraissent légèrement hypertrophiées. C'est sur le deltoïde que l'excitabilité électrique est le plus abaissée. Les muscles des deux avant-bras ne présentent rien d'anormal; la puissance dynamométrique est également faible dans les deux mains.

Du côté des membres inférieurs, le volume des muscles n'est point modifié d'une façon appréciable, ces muscles donnent à la main une sensation particulière de dureté et de raideur. Lorsque le malade est couché sur le dos, il est incapable de soulever complètement sa jambe. Il a, en outre, de la peine à se redresser. En marchant, il tient le tronc penché en arrière; en même temps il existe une lordose notable de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale. La marche est caractéristique: c'est la pointe des pieds qui porte sur le sol, les jambes sont écartées, les bras également éloignés du corps. Un fragment de muscle excisé du biceps





Le volume des tumeurs, leur réductibilité, l'action négative des moyens contentifs tout décida le Dr Cacciopoli à une opération radicale pratiquée pour la hernie ombilicale le 29 janvier et pour la hernie inguinale le 30 mars 1885.

Le Dr Cacciopoli a pratiqué pour la *hernie ombilicale* une suture continue sur le sac avec du catgut fin préparé au sublimé, puis soulevant en masse toutes les enveloppes de la hernie il a fait à la manière de Lembert une seconde suture dont les points assez rapprochés croisaient la direction de la première suture. Médication à l'iodoforme et points de suture entrecoupée avec de la soie phéniquée pour la blessure de la peau.

Pour la *hernie inguinale*, l'auteur, après l'incision des téguments de la tumeur, maintint réduit le contenu de la hernie avec la compression digitale, fit une incision au sac, égale en longueur à celle de la peau, puis tamponna le canal inguinal au moyen d'une petite éponge fixée à une pince et procéda à la dissection du sac. La disposition spéciale des éléments du cordon nécessita une demi-castration par section desdits éléments, sur lesquels trois ligatures avaient été faites au préalable. Le sac fut réuni par une suture à points continus puis par une suture à la Lembert, comme dans le premier cas; la partie suturée (au catgut, trempé dans le sublimé), fut refoulée dans la cavité abdominale; les piliers de l'anneau inguinal externe furent réunis au moyen d'une suture entrecoupée et enfin deux points furent passés comprenant aussi la séreuse pariétale. Médication antiseptique.

L'anesthésie fut pratiquée dans les deux opérations et la guérison fut obtenue dans le premier cas au bout d'un mois, dans le second, au bout de vingt jours.

---

**Twenty-eighth Annual Report, by the Directors of the Royal Edinburgh Hospital for Sick Children, January 1887. (28<sup>e</sup> Rapport annuel des directeurs de l'hôpital Royal des Enfants-Malades à Edimbourg, janvier 1887).** — Cet établissement n'a pas donné des soins à moins de 6,932 petits malades pendant l'année 1886.

Il est à remarquer que la majeure partie de ces enfants sont des *Out of doors patients* (des malades apportés du dehors à l'hôpital, considéré comme dispensaire, pour y recevoir des consultations et des remèdes), 647 enfants seulement ont été traités dans les salles, tandis que 6,092 ont été soignés par le Dispensaire; 193 ont été vaccinés. La dépense totale annuelle ne s'élève pas à plus de 71,474 fr. 10 (monnaie française), dans laquelle somme les dépenses médicales s'élèvent à 10,529 fr. 35.

## REVUE DES MALADIES DE L

es 4/5 de la dépense sont fournis par  
ns; le budget se solde en déficit par 4  
les 649 enfants qui ont été traités à  
le l'âge de 12 ans; 50 d'entre eux ont  
ni lesquelles on remarque surtout : la  
la méningite traumatique, la tubercu  
ulose aiguë, la phthisie, la pneumonie  
aiguë et la pyohémie, les brûlures, le  
e à la scarlatine, le croup membra  
traumatique, la septicémie, l'hydrocéph

---

**Myélite aiguë et furonculose**, par le  
dans le *Journal des sciences méd.*  
myélite aiguë dont l'existence, comm  
ance, a été reconnue après la discus  
Chirurgie en 1879 à l'occasion du tr  
*myélite aiguë pendant la croissance*  
primitivement localisée dans la port  
se qui confine au cartilage de conjug  
atteignant quelquefois, plus rarement, l  
se maxima, de 10 à 22 ans).

maladie a des formes reconnues de  
ns opératoires sont différentes :  
ès sous-périostique qui quoique s  
lié à une inflammation modérée du  
it être guéri par un *débridement p*  
*ostéite juxta-épiphysaire* dans laq  
nfiltré de pus et des foyers multiples  
certains points osseux. La *trépana*  
peut amener la résolution de l'infla  
*périostite suraiguë* (*typhus des*  
telle le canal diaphysaire se remplit d  
se détruit, l'épiphyse s'enflamme  
et quelquefois se décolle. Chassaign  
tion, la désarticulation (1).

---

D<sup>r</sup> de Saint-Germain a publié à plusie  
*des maladies de l'enfance* des observa

une heure comme une maladie générale.

Il a trouvé des microbes dans le pus

de la pus des périostites phlegmonieuses qu'il a décrits dans le furoncle, dans les os.

Après avoir fait des cultures de ce microbe sur la gélatine, il a vu se développer le *Staphylococcus aureus* sous forme de grappes et déterminer

des abcès sur des animaux par Becker, et dans les osseux ou des cultures pures, ont déterminé d'une contusion ou de la

la française, 1885) ont constamment trouvé le *S. albus* dans le pus de l'ostéomyélite, dans les furoncles, dans les abcès non ouverts.

Après un simple frottement, du pus produit un anthrax très grave.

Le professeur (Argé, 1885) a déterminé, chez des

lapins, par l'injection de pus ostéomyélique, des ostéomyélites, sans fracture préalable.

Kraske (Congrès de la Soc. all. de chirurgie, 1886) a retrouvé le *Staphylococcus aureus*, mais souvent associé au *S. albus* et au *Streptococcus*.

Le *staphylococcus aureus* n'est donc pas le microbe spécifique. Il est associé à d'autres microbes et il se rencontre dans la plupart des suppurations aiguës (Rosenbach, Socin).

L'auteur pense néanmoins que son rôle pathogénique n'est pas douteux. Sa présence dans le sang constitue une imminence morbide, en présence de laquelle la rupture de quelques trabécules du tissu spongieux (fractures trabéculaires d'Ollier), avec un léger épanchement sanguin, suffira pour mettre le microbe en liberté et à même de pulluler (Auto-inoculation infectieuse de Verneuil).

Il a exposé ces indications dans sa *Chirurgie des enfants* (Paris, Steinheil, 1884).

.DII

bre  
ém.  
l. d  
ileu  
s, aj  
a eu  
sion  
ui a  
le a

u de  
14  
a ré  
ren  
dos  
tion  
me  
ité  
l'hi  
sue  
e, d  
après  
rus  
ans  
me  
and  
side  
étail  
i de  
me  
ion  
us s

illus  
hir.  
ée c  
e po  
at le  
d'ap

50 fois ; fémur, 40 ; humérus, 8 ;  
1 ; calcanéum, 1 (1).

poumons peuvent être envahis.

iole et de varicelle, par M. A.  
arité de Lille.

tal de la Charité, une femme avec  
ette femme, qui affirmait n'avoir  
ements de son frère, revenu du

urs de sa maladie, quatre autres

des bronches ; *variole discrète*,

née, *variole cohérente grave*.  
inée, *varicelle* ; guérison.

*varicelle* ; guérison.

bre au 8 octobre.

malade du service de médecine.

e de chirurgie est isolé avec tous  
te grave.

ie, malades depuis le 5 novembre,

ieurs régions du tronc, de petites  
ent le lendemain des vésicules à  
d'épingle et à zone périphérique

ans, tuberculeux très avancé.  
ital. Mort le 20.

al atteint de cachexie palustre,  
érente, restée boutonneuse à la

ans, sorti de l'hôpital, guéri d'une  
*variole hémorrhagique*, mort.

un âgé de 23 ans, *variole dis-*  
*a variole*, n'était venu qu'une fois

*de l'Enfance*, une localisation à la  
n, mars 1887.

dans le service des varioleux.) Un de ses amis, voir et contracte une *varioloïde*. *Guérison*.

Trois malades de l'hôpital, vaccinés tous trois, celles dans le cours de leurs maladies (néphrite a chite avec emphysème).

La tendance actuelle des auteurs incline décidément de la variole et de la varicelle.

La doctrine de l'identité a eu pour partisans : tan, de Montpellier, Hebra.

Bazin considère la varicelle comme une des ex gnes du principe morbifique qui engendre la var

Pour Trousseau, comme pour les maîtres cont la varicelle sont *deux maladies aussi étrangères la variole et la rougeole*.

L'épidémie retracée ici, très limitée, née et co espace, partant d'un souche commune nettement expliquée par les partisans de l'identité. Ils mon mère, s'attaquant à des organismes plus ou moins les uns ou les autres des formes, atténuées ou non, variole, varioloïde et varicelle.

Un point intéressant dans cette épidémie c'est atteint que des adultes et respecté les services d' tout on considère la varicelle comme presque spé

L'auteur, en raison de l'insuffisance des rech culture et l'atténuation du virus variolique concl identité des deux épidémies.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité clinique et pratique des maladies des l** et E. BARTHEZ. Troisième édition entièrement rablement augmentée, par E. BARTHEZ et A. SA Paris, librairie Germer Baillière et C<sup>ie</sup>, Félix Al

Il y a trois ans que le premier volume du *Tr tique* rajeuni, mis au point, a été présenté aux succès montre avec quel tact et qu'elle science entreprise par les auteurs a été conduite.

*Le Traité clinique et pratique*, sous sa for

qui s'attache au monument élevé il y a

Barthez ; il a profité en même temps des  
raité, véritablement classique, a été l'objet.  
es introduites dans le plan par les auteurs  
n. Cet ordre, fondé antérieurement sur la  
ations, gangrènes, hémorrhagies, hydropi-  
x avantage, par la classification, plus natu-  
e, des affections d'après les appareils.

nait, sous forme d'introduction, des consi-  
SIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE ; l'examen  
is LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX  
ESPIRATOIRE.

ent de paraître, contient : LES MALADIES  
OIRE, DIGESTIF, GÉNITO-URINAIRE ; LES  
E L'OUÏE , LES MALADIES DE LA PEAU.

troisième volume impatientement attendu et  
e les MALADIES DU TISSU CELLULAIRE ;  
SPÉCIFIQUES ; LES MALADIES GÉNÉRALES  
ES MALADIES PARASITAIRES.

ophiques, l'érudition critique, l'abondance  
des aperçus ne manquent pas plus au livre  
ut-être, en s'appropriant ces qualités, a-t-il  
té plus uniforme, une netteté plus grande,  
r surtout, c'est le caractère franchement cli-  
avec les goûts et les besoins de notre temps,  
a tout à fait digne de son nom, est marqué.  
ous noterons surtout, à ce point de vue, les  
on du pronostic des maladies du cœur chez

ns éminemment utiles, on lit avec plaisir un  
omme celui qui traite des coagulations intra-  
s prétendues *concrétions polypiformes*  
occupé une place dans la nosologie car-  
oport du gendre et collaborateur de notre  
r Sanné.

oma a été l'objet d'un chapitre très intéres-  
ra plus encore quand les recherches moder-  
ors de doute l'existence du micro-organisme  
t la nature infectieuse semble dès à présent





# ENSUELLE

ES

## E L'ENFANCE

1887

---

### ORIGINAUX

---

#### ZONA CRURAL

lecin de l'hôpital des Enfants.

---

ation de l'hôpital, le 22 mars  
le 12 ans, Berthe G... qui souf-  
ous disait-elle, au niveau de la  
gauche. Je remarquai qu'il y  
udication et, comme il s'agis-  
e régulièrement conformée et

bien développée pour son âge, mais qui affirmait avoir beau-  
coup grandi depuis quelque temps, je crus tout d'abord qu'il  
s'agissait d'un rhumatisme, ou peut-être même d'une coxal-  
gie à sa période initiale. Cette explication peu rassurante,  
semblait en même temps rationnelle, car la jeune malade,  
fille d'une blanchisseuse, apprenait déjà le métier de sa mère,  
vivait dans un local humide, et se rappelait avoir ressenti  
ces douleurs dans les jointures, à différentes époques. Toute-  
ois, avant d'examiner la région inguinale, je me hasardai à  
demander s'il n'existait pas d'éruption dans le voisinage de  
la hanche, et l'on me répondit que, depuis l'avant-veille, de

nombreux boutons se développaient :

grande lèvre gauche et qu'ils paraissaient être la cause des souffrances au sujet desquelles on venait nous consulter. Ces souffrances pouvaient se comparer à une sensation habituelle de cuisson ou de brûlure à laquelle se joignaient de temps à autre, des élancements ; elles augmentaient notablement pendant la marche qui s'effectuait visiblement avec difficulté.

D'après ces renseignements significatifs, je crus pouvoir annoncer aux élèves présents à l'interrogatoire, que nous allions vraisemblablement nous trouver en face d'un zona. En effet, nous découvrîmes, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, à peu de distance du pli de l'aîne, trois groupes vésiculeux disposés d'une façon caractéristique. Chacun de ces groupes pouvait être comparé à un flot irrégulier et sinueux dans sa périphérie, de 25 à 30 millimètres d'étendue dans tous les sens, se composant de 40 à 50 élevures agglomérées, mais indépendantes les unes des autres, à enveloppe résistante, et dont les dimensions ne dépassaient pas celles d'une petite perle. On pouvait supposer que leur existence était toute récente, car on ne voyait de dessiccation sur aucun point de leur surface et la transparence des vésicules permettait de constater que leur cavité contenait un liquide clair qui n'avait transsudé par aucune rupture spontanée ou artificielle. Ces trois pléiades éruptives, qu'on pouvait comparer à des plaques assez fortement mamelonnées à leur superficie, étaient situées, l'une un peu en dehors et à 7 centimètres au-dessous du creux inguinal, la seconde à 5 centimètres de la première, plus en dedans et à la même hauteur qu'elle, par conséquent à très peu de distance de la vulve, la troisième enfin à 4 ou 5 centimètres au-dessous des deux autres. Elles circonscrivaient ainsi un triangle de peau dont elles représentaient les trois angles, à sommet tourné en bas et dont chaque côté avait 6 à 7 centimètres de longueur. Je n'observai, ni au niveau des groupes, ni dans leur intervalle, d'exagération ou de diminution de la sensibilité

u pincement ou à la température. des grandes ou des petites lèvres tumescence diffuse ou circonscrite, héique et, en dehors des limites de e, nous ne pûmes découvrir aucune straction faite des douleurs qu'elle et même à l'état de repos, au voisi-co-fémorale gauche, l'enfant ne se e, il n'y avait chez elle ni fièvre, gnes d'embarras gastrique et l'aus-t niveau de la poitrine, nous révéla l'un bruit de souffle anémique au

3.... se présentait de nouveau à la ai la dessiccation presque complète érieur et externe et une diminution is de brûlure et d'élancements pré-aq jours plus tard toutes les vési-ecouvertes de croûtes très minces avait encore, pendant la marche, uvements de la cuisse gauche sur claudication. Enfin, le 12 avril, il lité exagérée dans le voisinage de te fille ne boitait plus, l'on pouvait

considérer l'éruption comme terminée, bien que la peau fût encore rugueuse et d'un rouge sombre, dans les points primitivement occupés par les vésicules. Cette particularité ne présente rien d'exceptionnel; les éruptions, semblables à celles que je viens de décrire, laissent après elles des traces qui s'effacent tardivement, et il n'est pas rare de rencontrer plusieurs mois après la disparition des groupes vésiculeux, des amas de pigment, qui se sont formés sur leur emplacement et font place eux-mêmes ultérieurement à des cicatrices blanchâtres. Ces taches noirâtres ont des formes très variables, avec des bords habituellement déchiquetés, et il est souvent difficile de remonter à leur véritable origine.

DE

ont  
l'ét  
osti  
p  
ouv  
ren  
urs  
éve  
ede  
au 2  
nde  
de  
alit  
et q  
s d'  
erm  
éde  
oir  
nce  
rite  
ure  
oca  
anc  
, et  
s d.  
ubl  
un  
ien  
'un  
nor  
la

, lo  
tysi  
. h  
al,

nt au voisinage de l'orifice vulvaire. ie, chez la petite G..., les grandes une solution de continuité, aucune qu'elles n'étaient le siège d'aucun ulent. De plus, un intervalle de séparait la vulve de celle des trois . se rapprochait le plus des parties it donc croire à une variété quel- ce qu'on avait sous les yeux était l'on désigne sous le nom de zoster sa longue durée, par sa physio- uée, est digne de fixer l'attention is qu'il le rencontre.

bien des variétés de zona si l'on une classification, de la région sur roduit. Nous rencontrions ici la ale, ou plutôt celle qu'on appelle na lombo-fémoral, les pléiades de la fois sur la fesse et sur la cuisse, iquer la seconde dénomination aux escence est limitée aux portions du leurs filets nerveux des branches rf crural, par l'intermédiaire de la ilo-cutanée, ou musculo-cutanée ièrement, une autre observation de ie à l'hôpital (1), j'ai rappelé que i garçon d'une dizaine d'années, une à la région inguinale et qui suc- rpétique. Dans ce cas encore, nous ice d'un zona limité à la racine du

membre supérieur, mais il faut ajouter que des cicatrices de vésicules existaient à la fesse, comme à la cuisse, tandis que, chez la petite G..., la poussée herpétique ne s'est montrée qu'au voisinage du pli de l'aîne et a disparu beaucoup

(1) Journal des connaissances médicales, n° du 28 octobre 1886.

ement que chez le jeu

porte à regarder l'indi  
nais si l'on s'accorde à  
gique d'un type bien d  
ature; tandis que certa  
catégorie des maladies  
épendantes de toute dia  
de voisinage, d'autre  
s générales et l'assim  
aux fièvres éruptives.

ndant les différents sta  
e seconde opinion cor  
n'ai jamais rencontré,  
ycle défini au point  
oubles fébriles ou sym  
ai rien vu, jusqu'à ce j  
transmission du zona  
marquable par la rapi

Je n'ai pas remarqué, c  
iciation et la pâleur not  
ts affectés d'éruptions  
e anémie consécutives  
ause les douleurs qui a  
précèdent quelquefois  
sieurs semaines et n  
rennent, d'après nos o  
rieuses dans l'enfance  
vie, aussi le pronostic  
réservé au point de v  
générale, comme ai

ement a été des plus s  
du contact des vête  
une quinzaine de jour  
midon. Après la dessi

de l'huile de foie de morue  
 é illogique de recourir aux  
 e toute inflammation autour  
 ait, depuis longtemps d'ail-  
 e toujours inutiles et quel-  
 asion. Enfin les souffrances  
 r qu'il y eût lieu de songer  
 ouche ou par la voie hypo-  
 issue de la maladie m'au-  
 voir eu recours à une thé-

## GUÉRISON

### E SYPHILITIQUE

e des hôpitaux.

is, et chez les enfants très  
 ente des membres dont la  
 e produit la syphilis héréd-

72, par un mémoire inséré  
 e, la liaison de ces symp-  
 is osseuses. Ce n'est pas  
 ié des cas de cette fausse

paralysie. En France, Valleix en 1834, M. Guéniot en 1869; à  
 Vienne, Bednar en 1853; en Allemagne, M. Hénoch en 1861,  
 en avaient décrit soit les altérations anatomiques, soit les  
 symptômes. Tous avaient reconnu la cause syphilitique de  
 ces troubles; mais ils prenaient cette fausse paralysie pour  
 une paralysie véritable; ils la rattachaient directement à une  
 inflammation spécifique des centres nerveux; et ne soup-  
 çonnant pas que les lésions des os en fussent la seule cause,



ils regardaient ces lésions et la différents de la même infection s

Presque dans le même temps c Parrot, M. Wegner publiait, dar ses recherches sur l'anatomie j paralysie, où il complétait les r venaient d'être faites en Franc MM. Ranvier (1864), Fournier Bouchut (1867) ». Mais, suivan « allemande, Wegner s'est placé « tomie pathologique pure, et « « munes de la maladie lui ont é « qu'il a été privé des indications « clinique » (Parrot).

C'est donc Parrot qui a su rat sions osseuses ; ce sont ses trava jour et achevé l'étude de la pseu

En voici, d'après lui, les altéra mots. Les principales portent e des os longs.

Ces épiphyses des nouveau-n nes, sont faites d'un tissu spongi rées, d'un rouge tirant sur le viole les coiffe, et ces deux parties, l'oss joignent par une ligne droite fort r tissu spongieux de la diaphyse s' limètres, au plus, à compter de c des surfaces grisâtres, semées de sale. Plus tard les désordres s'a différentes peuvent succéder à ce l'*atrophie gélatiniforme*, tantôt

Quand c'est l'*atrophie gélatini* physe, des flots d'une substance t bre ou d'un rouge foncé, conflu fragments osseux, et ayant l'app du rachitis. Dans l'*infiltration p*

semblable au pus, qui détruit les os, et la diaphyse et l'épiphyse, et se

ou l'autre de ces deux altérations, le effet, qui est la séparation de l'os en deux parties. Cette séparation ne se fait que où ces deux parties se joignent, c'est-à-dire, tout près de cette ligne.

Augments, leur tissu s'irrite et suppuration ne reste pas bornée aux points où elle s'étend, décolle le périoste, le décolle des os péri-articulaires : mais il est très étendu dans la cavité de l'articulation. L'enflure se fait au voisinage des jointures, et on qu'on y peut quelquefois découvrir les signes de ces désordres anatomiques. Les os, comme les articulations, et les muscles, Parrot considérait que la rupture de la continuité des membres, grande douleur des mouvements, et les circonstances qui pussent produire ces membres, si caractéristiques de la syphilis, quoi qu'en ait dit Parrot, il est certain que cette impuissance a été vue même chez les os qui restaient intacts et tenaient reliés exactement les os voisins. A l'égard de la seule douleur, dans l'âge le plus tendre prouve l'existence de l'immobilité des membres.

La pathogénie de la fausse paralysie est encore à présent quels en sont les symp-

tomes, complète portant sur les membres, sans aucun trouble de la sensibilité, les membres sont flaccides, et n'ayant rien perdu de leur force.

Les os et les muscles sont communément atteints.

JE

és l  
de  
re.

oml  
tier  
le c  
ic.  
et s  
irel  
fra  
bile  
re  
es o  
orc  
ps  
cet  
gal  
un  
la  
nr  
cula  
créj  
e f  
exc  
. L  
fié

a p  
ieun  
a q  
pass  
on  
est  
ysie  
omn

ste flasque jusqu'à la fin. Les muscles, du tronc, sont toujours

ouve aussi des marques apparentes u, sur les lèvres, dans la bouche, te, c'est l'alopecie occipitale et pagnages de la cause du mal font dérde l'état de cachexie profonde où une grande présomption pour la

est variable; les malades périssent epsie. Quand la mort s'ensuit, elle le la pseudo-paralysie. La guérison e de 5 semaines à deux mois.

observée par Parrot à la Clinique

son a été publié en France en 1883 ;

Millard qui l'a fait connaître. Entation de M. Rocques. M. Dreyfous e en 1885, dans un mémoire inséré ne, et où j'ai pris quelques détails ger, Knach, Behrend, Henoch, ont e guérison de la pseudo-paralysie nger un cas où le mal fut fort dimi- i rapporte trois nouvelles observa- ssicourt, mon maître, et moi, avons nsultation de l'hôpital Trousseau.

septembre 1886, on porte à l'hôpital Troussaines, paralytique des deux bras depuis la ville consulté a soupçonné la paralysie

la première fois, il y a deux ans et demi, est morte deux jours après sa naissance; nari a eu, il y a cinq ans, des plaques s cheveux tombaient dans le même temps. par la mère,

## REVUE DES MALADIES

1 août 1886, l'enfant étant âgé de 1 an, il restait immobile, et qu'il ne pouvait marcher. Cinq jours après, le bras droit se redressa. L'enfant est un garçon de belle apparence, n'a aucune marque de la syphilis. On lui pince la peau, en quelques endroits les inférieurs s'agitent, mais les supérieurs ne le font pas. La sensibilité à la piqure est

intacte, à la pression, aux mouvements. Les membres supérieurs paraissent avoir une flaccidité parfaite.

La cavité inférieure de l'humérus gauche n'est pas sensible à droite. On ne sent rien en ce point. On sent une légère tuméfaction au coude gauche, mais on ne sent rien au-dessus de l'humérus. Pas de tuméfaction à l'épaule et des poignets il n'y a rien. On prescrit de faire prendre tous les jours 10 gouttes de sirop de Van Swieten.

15 septembre. La mère n'a fait connaître l'enfant ayant eu les jours précédents des vomissements troubles qu'un peu de diarrhée. Aujourd'hui 13 septembre, la tuméfaction de l'humérus gauche a disparu. Les mouvements reparaissent dans les membres supérieurs sans que l'enfant manifeste beaucoup de douleur. Les testicules forment chacun une tumeur de la grosseur d'un œuf, et assez molle.

On reconnaît, par la transparence de la tumeur, qu'elle est vaginale; elle ne communique

. Tout a disparu au niveau des deux épaules. Dans les membres supérieurs, le kyste du côté droit a disparu; il reste une tumeur de la grosseur d'un gros haricot; sa surface est lisse, l'hydrocèle est diminuée. 20 septembre. Etat général excellent. Meilleure disposition à gauche. Le traitement est

le a disparu.

et gras. La liqueur de Van Swieten

âgé de deux mois et demi, nous est  
paralytique des deux bras depuis

et ayant deux mois et sept jours, on  
e supérieur droit. Dès le lendemain,  
noblité. La mère a remarqué qu'il  
iche les bras et surtout les coudes,  
mouvements dans les doigts.

èlement du coude des deux côtés.  
dinaire, mais par le palper on sent  
au des épitrochlées. Aucune crépi-  
ant pousse des cris, il agite le tronc  
s restent immobiles, mais on aper-  
igts.

belle apparence. Il est né à terme.  
acte quand il est né, mais on voit  
es et arrondies qui ont l'apparence  
aucune autre trace de la syphilis sur

u mois de septembre 1884, elle a eu  
a perdu ses cheveux. Elle n'a suivi

et pour l'enfant, une cuillerée tous

itement, l'empatement épiphysaire  
s reviennent. Douleur bien moindre.

Depuis ce jour nous n'avons plus

le deux mois, paralytique des deux  
re 1886. Le bras droit est pris de-  
douze jours.

uches. Elle a eu deux grossesses à  
nts. Le premier est une fille de  
il s'agit ici.

Il y a 6 mois 1/2 étant enceinte de cinq mois, elle syphilitique de la vulve pour lequel elle est soignée donne des pilules d'hydrargyre, et quand elle sort d'après, on lui recommande de continuer à se traiter. Un peu avant d'accoucher du petit garçon qui a eu des plaques muqueuses dans la gorge et ses. Aujourd'hui, elle ne présente aucune trace de la s

Elle s'apercevait déjà depuis quelques jours qu'on lui touchait le coude droit, et que les mouvements paresseux, quand le 26 octobre 1886, l'enfant et ils cessèrent tout à fait. Environ huit jours après frappé à son tour. Aujourd'hui, 16 novembre, qui est la paralysie du membre supérieur droit, on aperçoit les mouvements de l'avant-bras et de la main, et la main ne tient pas la veille ni les jours précédents. Les mouvements dans le membre supérieur gauche, mais quand on voit les doigts de ce côté s'agiter faiblement, qu'ils n'ont jamais cessé de remuer un peu. La même dans les membres malades, à en juger par les cris quand on le touche ou le soulève. La pression des articulations est douloureuse. A droite comme à gauche, les articulations empâtées au-dessous de cette jointure, et surtout L'extrémité inférieure de l'humérus est saine. En coude, on sent une légère crépitation, comme celle qu'on s'assure qu'elle siège à droite comme à gauche, de la partie inférieure des os de l'avant-bras.

Il y a sur la lèvre inférieure et sur le menton, deux plaques larges de deux millimètres, papuleuses, rondes, lui-même plaque du même aspect, mais deux fois plus grande sur le dos de la langue, et une autre à la partie postérieure de la voûte palatine.

On voit, sur les fesses et autour de l'anus, une plaque sans aucune syphilide.

Les testicules sont sains.

Loin d'être cachectique, l'enfant est gros, gai, et a une tête sa mère de bon appétit.

On ordonne, pour l'enfant, une cuillerée à café de sirop de Van Swieten, et des pilules mercurielles.

25 novembre. Voici neuf jours que le traitement

on au niveau des coudes. Les mouve-  
oit, mais pas tout à fait dans le bras

ouche sont à moitié effacées.  
remuer les deux bras, aucune douleur  
ies syphilitiques. L'enfant est gros et  
e temps.

ations, que la pseudo-paralysie  
s, 67 jours après la naissance.  
membres supérieurs, et tous les  
n même temps, mais un jour,  
ès l'autre. Les heureux effets  
ts, et on les a constatés une  
on s'est établie après 15, 30,  
la règle.

rents a été reconnue dans les  
gence à se traiter.

ée dans toutes les observations  
schino regarde, avec raison,  
philis, n'appartient pas à nos  
étaient de la plus belle appa-  
aces extérieures de l'infection  
s ; à proprement parler, il n'y  
trois petites papules passent

nale que nous avons vue com-  
ême temps que la pseudo-pa-  
à une lésion syphilitique des  
volume du scrotum ne la ren-  
on aperçue, il n'y avait pas de  
hilis par elle seule.

alysie syphilitique comme un  
e l'infection, et comme étant  
lu nourrisson et à la mauvaise





ceux du tronc, de la nuque, de la  
épiphysaire, par la marche même de

syphilide extérieure, le cas est plus  
ut alors distinguer, comme l'a fait  
chirurgicale et une forme paraly-

quand l'enfant paraît avoir reçu un  
sur le bras, l'épaule, le coude. Le  
à une arthrite, à une fracture juxta-  
ces cas d'arthrite ou de fracture,  
u-nés, les mouvements persistent  
parties atteintes; en outre le pas-  
ion au bras du côté opposé ou aux  
tre qu'il ne s'agit pas d'un trauma-

est la plus intéressante; c'est celle  
e mal survient sans cause appa-  
nt sains, et l'on a d'abord l'esprit  
ie infantile. Ce fut l'erreur de  
ut, pour repousser la pseudo-pa-  
ème de Parrot, où la syphilis des  
oujours l'impuissance des membres.  
i médecin si éclairé montre que le  
eut être fort difficile. On l'établira  
s caractères suivants des deux

ie est une maladie de la seconde  
ébrile, et elle frappe d'emblée tous  
atteindre. Aucune douleur, aucun  
Après une semaine, les muscles  
citables par l'électricité. Bientôt les  
nt dans certains groupes muscu-  
persiste dans les autres qui s'atro-  
s'obtient au prix d'une infirmité.  
ts essentiels de la pseudo-paralysie

Elle ne fr  
 le quelques  
 d l'un des  
 elle passe  
 face sont  
 l'impotenc  
 est vive  
 veau d'une  
 une. La co  
 intacte; la  
 une paraly  
 enfant de  
 que de la  
 que le nou  
 e son corps  
 t point, qu  
 sont là des  
 , doit être  
 qui la cara  
 oires. Cell  
 nostic ; elle  
 a été solide  
 de Van Sv  
 par jour a  
 uison, les c  
 orrosif sero  
 faut que  
 entation na  
 être recon  
 ue sera con  
 M. Millar  
 t plusieurs  
 mps et à l'

## DE LA SCROFULE (1)

erne des hôpitaux de Paris, médecin  
s de Lavey (*suite*).

---

ents actes, il faut se rappeler  
température constante et non  
e beaucoup d'animaux, appe-  
ng froid, dont la chaleur varie  
pour que nous puissions lut-  
mosphériques incessantes et  
température constante, il  
ts, une série de phénomènes  
is un climat où le matin il  
que nous vivions sous l'équa-  
*e température reste invaria-*  
a été établi par les décou-  
Bernard.

s organisés pour pouvoir sup-  
te chaleur intense sans abais-  
température normale de notre

notre enveloppe cutanée, des  
at cette sensation aux centres  
augmentant nos mouvements  
érer les combustions, car, il  
re davantage de chaleur sans  
; la nourriture plus grasse et  
s les climats froids n'est du  
respiration plus active et la  
e suffit pas pour entretenir la  
ératures très basses ; soit dit

en passant, c'est sur ces phénomènes de l'économie contre une sensation de ment par l'enveloppe cutanée qu'est la thérapie.

De même pour que nous supportions il y a d'autres réflexes qui ont pour n l'activité respiratoire et surtout d'accro guine dans la circulation capillaire de la perspiration cutanée et la production refroidissement par évaporation.

Nous n'insisterons pas sur ces faits ou moins connus, nous n'en avons dit raissait indispensable pour faire com bains salés, ce qui est notre sujet.

Rien d'étonnant que les bains chlor action irritante sur la peau ; on sait qu rées d'un chlorure quelconque sont de ter, presque caustiques.

Quand on se plonge dans un bain salé de 2 à 3 0/0, ce qui est un bain salé de n y a d'abord pâleur et contraction de la p quelque temps rougeur générale de l'env dilatation des vaisseaux. Cette rougeur cinq à six heures après le bain, ce qui bibition, l'imprégnation des couches épi afflux sanguin à la périphérie, puissai les effets salutaires des bains salés po humeurs et la désobstruction des engor En même temps se passent certaines n circulation, le sang ayant dans le cœur forte quand la peau est contractée et m congestionnée. L'action irritante immé sur la peau explique aussi l'exagération tanée, une vraie hyperesthésie qui parf sieurs jours chez les personnes soumises

Mais d'autres phénomènes plus intére

réflexes : les nerfs sensitifs cutanés, irrités, impressionnent le système nerveux central (cerveau, moelle allongée, moelle épinière), qui influence les centres préposés à la circulation, à la respiration, à la nutrition, à la calorification, au cheminement de la lymphe, à certaines sécrétions glandulaires et à la production de l'urine. Ces différents phénomènes ont été étudiés comparativement aux effets produits par des bains d'eau simple, comparativement aussi, à ceux obtenus par des bains sinapisés ou des frictions excitantes sur de grandes surfaces du corps; tout n'est pas encore clair et certain à ce sujet. Mais les résultats remarquables les plus importants au point de vue thérapeutique et ayant plus directement trait à notre sujet sont les suivants :

L'usage des bains salés (nous parlons toujours de ceux de salaison moyenne à 2 ou 3 0/0 de chlorures, ce qui fait pour un grand bain de 300 litres d'eau au moins 6 kilog. de chlorures, produit, d'après Beneke (1), une augmentation considérable dans la combustion des matières albuminoïdes de notre économie, c'est-à-dire que la production journalière d'urée augmente de un à deux grammes (un homme de force moyenne élimine environ 30 grammes d'urée par jour). Chose remarquable, cet accroissement dans la proportion d'urée coïncide toujours avec une diminution de l'acide urique et aussi avec une diminution de l'acide phosphorique de l'urine, surtout du phosphate de chaux, coïncidence qui est, on le sait, le propre de l'accroissement des échanges moléculaires.

Ces effets de combustion plus parfaite des matières albuminoïdes ne sont pas produits par le bain d'eau simple, à pareille température, ni même un peu plus chaud. Remarquons à ce propos, qu'à sensation égale perçue par le malade, le bain d'eau salée est toujours d'environ 3°,C. plus froid que le bain d'eau simple, ce qui est dû à l'irritation de la peau

---

(1) Beneke, Nauheim's Soolthermen. Marburg 1859 et Zum Verständniss der Soolbadwirkung dans Berl. Klin. Wochenschr. 1871 n° 27.

par les sels et c'est là un réel avant  
bains salés pouvant ainsi être pris pa  
avoir sur eux une action plus tonique

Mais il y a plus : Röhrig et Zuntz  
compte de la manière dont l'accroisse  
uite par les bains salés impressionn  
trouvé qu'en effet dans le bain salé il  
*gène consommé et plus d'acide carbo*  
bain à 36°, C. et à 3 0/0 de concentratio  
l'oxygène était de 15,3 0/0 plus cons  
tait dans un bain d'eau simple de mêm  
pérature. L'acide carbonique exhalé  
abondant. *Il y a donc, par l'effet du*  
*plus considérable des substances*  
*même qu'il y a, comme nous l'avoi*  
*plus grande des matières azotées.*

Il va de soi que cet accroissement  
laires a une grande action dans la sc  
eux ont toutes les fonctions vitales  
et ils se distinguent par une déperdi  
phates par les urines. L'augmentation  
a pour eux également une réelle imp  
pas d'engorgements ganglionnaires p  
en tous cas une peau pâle, flasque, in

Les eaux chlorurées s'adaptent si l  
sa nature la plus intime, qu'il n'y a  
seule monographie ayant trait à une  
où l'on ne vante hautement ses effets  
tions et qu'il y a unanimité, dans les  
rapie, à reconnaître la spécialisatio  
dans le traitement de la scrofule, fait  
tion du traitement thermal aux malac

En effet, bien ou mal maniées, les e

---

(1) Röhrig Ueber die Indic. d. Iod und bromha  
Wochenschr., 1875, n° 46.

ix, dans une certaine mesure, un  
ndelles semblent donner de l'acuité  
ermatose aiguë ou de plaies ulcé-  
nitive, après un certain temps,  
ux effets sur l'état constitutionnel

ururées contiennent de l'iode et du  
urces traversent les dépôts formés  
jurassique qui renfermaient ces  
encore aujourd'hui l'eau des mers  
ême les médecins, ont accordé à  
essentielle du groupe d'eaux en  
urces ont été préconisées sous le  
o-iodurées. D'après ce que nous  
ar ce qui précède, on comprendra  
me importance à l'absence ou à la  
ome dans les eaux chlorurées (bien  
bains et non de la boisson); et  
vons fait des essais comparatifs ;  
our des bains très faibles ou très  
e et nous n'avons observé aucune  
ats ; 2° parce que ces deux corps  
alines connues, jamais à l'état pur,  
é d'iodure et de bromure qui sont  
stables ; 3° parce que leur propor-  
ources, si minime qu'il n'y a pas  
e action irritante ou de contact.  
us fortes en renferment quelques  
es eaux mères les plus concen-  
pour les bromures et quelques  
pour les iodures. Comme action  
reste les chlorures plus actifs que  
es. La chimie admet, on le sait,  
et fluor sont quatre substances  
ie parmi elles, c'est le chlore qui  
de leurs combinaisons.



Les chlorures qu'on rencontre le plus dans les eaux salines sont : ceux de potassium et de calcium. Nos expériences nous portent à croire que pour les bains le plus actif de tous, vient ensuite le calcium nous paraît être le moins bon on a dit le contraire ; celui de magnésium est irritant et n'a d'importance que pour ses propriétés digestives.

Au point de vue pratique, il n'y a de différence de l'espèce des chlorures mais uniquement car nous le répétons il faut ou renvoyer les données de la science à la thérapeutique une fois pour toutes l'idée que les eaux salines en balnéation, parce qu'elles forment une solution des chlorures sodiques.

Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'ils fussent absorbés par la peau et nous avons vu qu'il n'y a pas d'absorption dans le bain. Ne créons pas l'illusion que les chlorures servent de médicaments altérants puissants, les chlorures à l'état de sels, ne peuvent pas mieux pénétrer la peau et dont les proportions sont faibles.

Il faut donc considérer le bain salé comme un excitant commode à manier, qui agit sur la surface et dont l'action est longue et durable par suite de l'imbibition des couches épithéliales.

D'autres irritants pourraient agir plus directement l'effet serait trop prompt, trop superficiel.

Nous dirons plus : l'action thérapeutique est directement proportionnelle à l'irritation, d'où l'importance qu'il y a à pouvoir agir à volonté son degré de saturation. Il est impressionnable chez qui l'on obtient un effet suffisant par un bain à 1/2 0/0, tandis

ir le résultat équivalent. Nous avons par-  
s concentrés à 10 et 30 0/0.

n'hésite donc pas à ordonner des bains  
ofuleux dont la peau torpide est peu  
les graduer suivant la maladie et le ter-  
erait tout autre médicament.

r des eaux salines est là, et nous devons  
; qu'il nous a été possible, par une série  
river à une notion scientifique de la  
ix chlorurées agissent dans la scrofule et  
istrer d'après une méthode tendant à des  
ue les scrofuleux qui nous sont confiés  
up plus rapidement, c'est-à-dire que leur  
ue leur appétit revient et que leur poids  
proportions bien différentes que ce n'était  
suivions les vieilles traditions de la rou-

## IC DES BRULURES CHEZ LES ENFANTS

ns le service de M. le D<sup>r</sup> DE SAINT-GERMAIN.

l, interne de l'hôpital des Enfants-Malades.

ûlures chez l'enfant n'est plus à démon-  
lications qui peuvent survenir à chacune  
ûlures et qui n'ont rien de spécial à l'en-  
s premiers jours, accidents des plaies en  
s, hémorrhagies, infection purulente, ady-  
etc., il en existe d'autres qu'on ne rencon-  
t et qui contribuent à aggraver singulière-  
Le contact prolongé de l'agent comburant  
e savent pas se soustraire et la fréquence  
cérales, surtout pulmonaires, sont deux

facteurs de gravité dont Guersant avait d'haute importance.

D'autre part, l'attention de notre excellent Saint-Germain, a été attirée depuis longtemps par la particularité clinique utile à connaître pour le service que nous avons pu constater récemment chez un enfant de son service. Nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à rapprocher ce cas, suivi de mort, de deux autres cas mortels observés dans le même service et à émettre de quelques considérations relatives aux brûlures chez les enfants. Voici l'histoire de nos

*Obs. I. — Vaste brûlure, au deuxième et au quatrième thorax, de l'abdomen, du membre supérieur droit. Collapsus immédiat. Mort au bout de 16 heures.*

Rich... Auguste, 4 ans et demi, est apporté le 15 mars dans la salle Saint-Côme, n° 31. Vient de se brûler, à 1 heure ; le feu, communiqué à ses vêtements par un poêle, a été étouffé qu'au bout d'une minute environ. Les vêtements entièrement brûlés au niveau du tronc, de l'abdomen et du membre supérieur droit, sont retirés avec précaution.

Vaste brûlure étendue à toute la paroi antérieure du tronc, empiétant sur la racine des cuisses, au quatrième thorax, au troisième sur l'abdomen. Brûlure au deuxième membre supérieur droit, sur l'épaule, la face antérieure du membre supérieur droit, sur l'oreille cervicale droite, l'oreille droite, les joues, le menton, la lèvre inférieure et l'extrémité du nez.

Coma profond ; pas de réaction aux excitations.

Pansement au liniment oléo-calcaire. Potion de Todd à 3 heures, d'une cuiller jusqu'au pharynx. Mort dans la nuit, à 3 heures sans avoir repris connaissance.

L'autopsie n'a pu être faite.

*Obs. II. — Brûlure au deuxième et au troisième membre supérieur droit et du côté droit du thorax, consécutif le onzième jour. Mort par asphyxie.*

Chant... Claude, 12 ans, entre le 17 février 1887, salle Saint-Germain. Est tombé hier soir en tenant à la main droite une

dont le contenu enflammé s'est répandu sur le côté droit du corps et a mis le feu à ses vêtements. S'est sauvé dans la rue où les flammes ont été étouffées au bout d'un temps dont la durée ne doit pas être inférieure à deux minutes. Pansement immédiat chez un pharmacien avec de l'huile et de l'ouate. Transport à l'hôpital.

Etat à l'entrée : 1<sup>o</sup> Brûlure occupant toute l'étendue de la main et la face externe du poignet, de l'avant-bras et du bras droit, au troisième degré, excepté à l'extrémité des doigts où elle n'atteint que le deuxième degré. Tuméfaction considérable du dos de la main.

2<sup>o</sup> Brûlure au deuxième degré de la paroi latérale droite du thorax, dans une étendue transversale de 10 centimètres et verticale de 6 centimètres.

3<sup>o</sup> Brûlures légères et peu étendues de la joue droite et de la face externe de la racine de la cuisse droite.

Epiderme complètement enlevé au niveau des parties brûlées. Douleurs modérées. Etat général très satisfaisant.

Pansement au liniment oléo-calcaire. Potion de Todd.

Le 18. Envies fréquentes d'uriner; pas de rétention d'urine.

Le 20. Suintement séreux d'odeur fétide. Renouvellement du pansement qui est peu douloureux.

Le 23. Pansement très douloureux au niveau des doigts. Constipation opiniâtre : 15 grammes d'huile de ricin.

Le 26. Les eschares commencent à se détacher à la face externe du bras. Constipation revenue après l'effet du purgatif. Etat général assez bon; peu d'appétit, soif assez vive, céphalalgie, fièvre.

Le 28. Apparition la nuit dernière de crampes très douloureuses partant de l'extrémité des doigts et remontant jusqu'à l'épaule, survenant par accès environ toutes les heures et durant quelques minutes. Eschares complètement détachées au niveau du bras, prêtes à tomber à l'avant-bras et au poignet. Suppuration abondante de la plaie de la main, des doigts et de la paroi thoracique.

Pouce contracturé dans l'adduction. Les brûlures de la face et de la cuisse sont guéries. Amaigrissement considérable. A la suite du pansement, crampes moins douloureuses et moins fréquentes. Potion avec 4 grammes d'hydrate de chloral.

1<sup>er</sup> mars. Les crampes ont augmenté d'intensité et de fréquence; elles arrachent des cris au malade. Intégrité de l'intelligence. Inappétence, soif modérée; peu de fièvre. 6 grammes de chloral.

Le 2. Insomnie la nuit précédente; cris continuels. Ce matin, rire sardonique, contracture de la mâchoire; les arcades dentaires peuvent

cependant s'écarter d'un centimètre environ. M  
Déglutition des liquides difficile. Contracture des  
Spasmes généralisés et douloureux à la moindre p  
qui recouvre la brûlure de la main. Bouillon, pota  
du chloral.

Le 3. Aggravation : spasmes généralisés arracha  
toutes les cinq minutes. Pas d'altération de l'intelli

Le 4. Augmentation du degré de contracture d  
nuque. Facies vultueux, couvert de sueur. Renouve  
Main brûlée fortement fléchie sur l'avant-bras, doigt  
forcée, pouce toujours contracturé dans l'adduction  
parties brûlées; bourgeons charnus de bon aspe  
recouvert d'ouate. Dans la soirée, raideur des m  
l'abdomen. Facies vultueux, sueurs froides. Mort da  
pendant le cours d'un accès convulsif, avec conser  
connaissance.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

**OBS. III. — Vaste brûlure au quatrième deg  
rieure de l'abdomen. Brûlures au deuxièm  
génitiaux et des cuisses. Adynamie rapid  
Mort le vingtième jour.**

Falte... Louis, 5 ans, est apporté le 12 février 11  
n° 1. Un poêle rougi dont l'enfant s'est trop appro  
ses vêtements. Malgré la rapidité avec laquelle le  
brûlures graves se sont produites.

Les vêtements enlevés avec précaution, nous con  
l'existence d'une eschare brune, peu épaisse, insen  
travers de doigt au-dessus de l'ombilic et occupan  
rieure de l'abdomen jusqu'au pubis. La verge et le  
deux tiers supérieurs de la face antéro-interne des  
d'une brûlure au deuxième degré. Deux petites l  
degré à la partie antéro-interne de l'avant-bras droi

Ouverture des phlyctènes ; la plus grande partie  
servée. Pansement au liniment oleo-calcaire. Bouillo

Le pansement est refait tous les trois jours. Pen  
jours, pas de modifications dans l'état général ; p  
fièvre ; l'enfant s'amuse avec ses jouets ; nuits paisi  
soif modérée.

A partir du 17 février, les traits commencent à se tirer; soif vive, anorexie, langue rouge, sèche, râpeuse. La fièvre devient vive et oscille entre 39° et 39°,8. Abattement.

Le 21. L'eschare de la paroi abdominale commence à se détacher par larges plaques. Pansement douloureux, cris. Prostration, fuliginosités des lèvres, des gencives et de la langue. Soif très vive.

Le 26. Eschares complètement éliminées. Suppuration abondante, très fétide. Le pansement ne détermine presque plus de douleurs. Depuis deux jours, la diarrhée a succédé à la constipation opiniâtre qui existait depuis l'entrée. Toux sèche, quinteuse, respiration fréquente. Rien à l'auscultation. L'adynamie a fait des progrès; soif inextinguible.

3 mars. Véritable état typhoïde. Amaigrissement considérable; yeux excavés. Dyspnée; râles sous-crépitaux aux deux bases. Depuis son entrée, la température oscille entre 39° et 40°. Bon aspect des brûlures.

Le 4. Mort dans le collapsus.

Nous n'avons pu faire l'autopsie.

Le premier malade, atteint d'une vaste brûlure au 3° et au 4° degré étendue au thorax, à l'abdomen et au membre supérieur droit, est tombé aussitôt dans un coma profond qui a persisté jusqu'à la mort. De pareils faits ne sont pas rares et nombre d'enfants atteints de brûlures étendues, profondes ou non, succombent à cette sorte de choc tout à fait analogue à celui qui suit les grands traumatismes. Il est toutefois exceptionnel de le rencontrer à un aussi haut degré que chez notre malade.

Le second malade, âgé de 12 ans, était atteint d'une brûlure au 3° degré du membre supérieur droit, n'atteignant que le 2° degré, au niveau des doigts. Tout alla bien pendant les dix premiers jours, mais le onzième, de vives douleurs se firent sentir à l'extrémité des doigts, s'irradiant jusqu'à l'épaule et s'accompagnant d'une contracture douloureuse du pouce en adduction. Malgré la rareté des pansements consécutifs et l'administration à l'intérieur du chloral à haute dose, le tétanos gagna les jours suivants la mâchoire et la nuque et amena en quatre jours la mort par asphyxie.

L'explication de ce fait malheureux nous paraît bien difficile, sinon impossible à donner. Dire que les extrémités

is l

siè  
ar c  
deg  
aut  
on  
. E  
itée  
en c

pare  
ns,  
blu  
et

our  
app  
art  
ne  
l'  
gtie  
ros  
s lé  
tre  
s p  
nér

, fr  
le  
enf  
jou  
en  
un  
s a  
nefc  
du  
f vi

la veille; l'adynamie fait des progrès, le malade en quelques jours, sans complication pulmonaire, cérébrale d'expliquer la mort.

rer dans les brûlures des enfants  
s : bénignité apparente des symp-  
de certaines brûlures profondes  
s, gravité excessive et subite de  
tion de brûlures légères.

ordres de faits en apparence con-  
il attribuer l'adynamie rapide sur-  
gères mais étendues ? La suppres-  
peau sur une vaste surface n'ex-  
ortels des deux ou trois premiers  
quer au cas actuel. D'autre part,  
riminer l'affaiblissement résultant  
rganisme ne peut faire les frais,  
ait avant la chute des eschares et  
puration. On ne peut davantage  
ance vitale chez l'enfant, car nous  
érer admirablement les opérations  
natismes les plus étendus. D'ail-  
ur notre maître sur le peu de reten-  
lures profondes chez certains en-  
a singulier fond de vitalité.

dit : 1° que la gravité des brûlures n'est pas de leur étendue que de leur profondeur. 2° que la gravité des symptômes ne constitue pas un bon élément de pronostic. 3° qu'il ne faut pas avoir le devoir de tirer de l'étude de ces brûlures la conclusion que la plus grande importance est de ne pas hâter de croire à la guérison d'un brûlé. 4° que les brûlures légères, mais occupant une assez grande surface, peuvent devenir graves, dès le début, et qu'il ne faut pas s'illusionner sur la terminaison favorable de ces brûlures étendues qui ne s'accompagnent pas



## DES MALADIES DE L'ENFANCE

nomènes généraux inquiétants. Dans les  
ne adynamie rapidement mortelle menace  
ue à assombrir le pronostic, déjà si grave,  
enfant.

---

## VUES DIVERSES

---

n und Uebertragbarkeit der Parotitis epide-  
de la contagion de la parotidite épidémique), par  
edic. *Wochenschr.*, 1886, n° 20. Les auteurs  
la durée d'incubation de la parotidite épidémique.  
ve dans tous les ouvrages, il résulterait que cette  
15 jours. Ce n'est que dans des cas exceptionnels  
apparaître après une incubation de 3 à 4 jours.  
ion de déterminer avec la plus grande précision  
ns 3 cas d'oreillons. Chez les 3 malades, l'incu-  
at 18 jours, — dans l'un des cas la transmission  
te par l'intermédiaire d'une troisième personne

---

tern bei einem Individuum oder Prodromal-  
(Scarlatine et variole chez le même malade, ou  
mique de la variole), par NETOLITZKY. *Prager*  
, 1886, n° 46. — Un enfant âgé de 16 mois est  
d'une épidémie de scarlatine. Dès le 2<sup>e</sup> jour de  
urface du corps est recouverte d'un exanthème  
rme; le lendemain dépôts grisâtres diphthéroïdi-  
tuméfiées. Enfin le 5<sup>e</sup> jour de la maladie, appa-  
ux. L'exanthème scarlatiniforme continue à pro-  
rescences de la variole et ne disparaît que le  
s que se desséchaient les pustules de la variole.  
die, albuminurie, oedème des mains et des pieds;  
aissent qu'au bout de 3 à 4 semaines.

si, dans ce cas-ci, l'exanthème a été une mani-  
ne ou si l'on a eu affaire seulement à un exan-  
a variole, étendu à toute la surface du corps.

---

critica ? (Angine lacunaire et diphthérie). *Wochenschr.*, 1886, n° 17 et 18). — Cette maladie infectieuse. Ce qui caractérise le type (cycle avec chute critique), la première maladie prédispose à de ce caractère se rencontre, comme tout le les maladies infectieuses telles que : érysipèle, pneumonie.

Parfois sous forme d'épidémies; plusieurs peuvent être atteints simultanément de ce fait si l'on n'admet pas l'existence d'un agent n'est point parvenu jusqu'ici à isoler l'agent lacunaire. Le fait que l'angine lacunaire avec refroidissement, n'exclut pas l'idée d'un refroidissement joue simplement le rôle de cause accessoire celui que joue le refroidissement dans d'autres exemples.

L'angine lacunaire et la diphthérie pharyngée nettement les deux maladies. — Mais le différentiel peut être extrêmement difficile d'isoler également tous les malades

---

**Angine lacunaire.** (Syphilis hémorrhagique des gencives). (*Vierteljahrschr; f. Dermat. und Syphilid.*, 1887, n° 1). — La diathèse syphilitique a été étudiée dans ces derniers temps par R. Fischl. — L'auteur sur ce sujet que, lorsque l'on observe fréquemment dans l'organe les artères intra-utérines, dans lesquelles les petites et les moyennes artères et veines, — mêmes deviennent le siège d'altérations locales de la circulation et consécutives les extravasations sanguines dans les

cas cliniques d'accouchement de Vienne atteints de syphilis héréditaire; 132 fœtus dans lesquels on pouvait constater très nettement

des accidents syphilitiques. Sur ces 132 fœtu rhagies dans divers organes, 19 fois, il s' dues, généralisées, et 23 fois d'hémorrhag partie du corps ou à un organe isolé. Les 1 dans la catégorie des faits de syphilis héré rhagique; dans les 23 autres cas, on a affa rhagies survenues chez des syphilitiques. 1 gies peuvent être rangées en 3 groupes : 1° la syphilis d'organes isolés (hémoptysie, hémorrhagie ombilicale); 2° hémorrhagies su aigües intercurrentes chez des nouveau-né taire. (Infection pyémoseptique de nouveau rhagies chez des enfants atteints de syphil troubles accidentels souvent passagers.

Dans les 19 cas où il s'agit de syphili l'auteur met, la diathèse hémorrhagique sur thologiques qui envahissent, d'une façon co de petit et de moyen calibre. Tantôt cet épaissement de la paroi et un rétrécisseme par une simple infiltration cellulaire. D'autr férations plus ou moins marquées dans le ti rencontre ces modifications de la paroi dar tissu cellulaire sous-cutané du tronc et des laire intermusculaire, dans la sous-muque don séminal, etc...

Les parois artérielles de petit et de r généralement aucune altération. Cependar rénales font exception à la règle.

Les vasa-vasorum au contraire sont mani d'hémorrhagies dans la tunique adventicé d

Relativement au siège et à la fréquence a observées 19 fois dans le tissu cellulaire trame pulmonaire et la plevre; 10 fois dans dans le cerveau et ses enveloppes, dans le c musculaire, dans les reins et l'adventice t tunique adventice d'autres vaisseaux de groi dans la paroi stomacale, 4 fois dans l'intes le cordon séminal, les veines porte et les v le tissu cellulaire rétro-péritonéal; 2 fois dan

issu osseux et le périoste et enfin 1 fois adventice de la veine cave.

ations sanguines consistent en de petites 1 grain de mil à une lentille sous forme de aires altérées et formées par diapedèse.

ur a observé des hémorrhagies plus consi- entricules cérébraux, dans les enveloppes mal, ainsi que dans la cavité abdominale.

spécifique des vaisseaux a été une cause e a toujours été le résultat d'une action ement, respiration artificielle), qui a joué u de cause prochaine.

---

**der Nasenschleimhaut bei Neugebore-**  
osses nasales chez les nouveau-nés), par  
, n° 4. *Centralbl. f. Kinderheilk.*, 1887,  
s fosses nasales débiterait brusquement,  
augmentation notable de la température.  
! à 3 jours entre 39 et 40° C. En même  
la respiration devient fréquente et super-  
qu'à 60 inspirations par minute. La mu-  
ment injectée et tuméfiée, surtout au ni-  
vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour que commence la  
noment la température s'abaisse fréquem-  
ques et la respiration devient plus facile.  
ait du coryza syphilitique par l'état de la  
spécifique on n'observerait jamais de phé-

tion parfois grave de la muqueuse nasale  
combattues avec succès par des badigeon-  
0/0 de chlorhydrate de cocaïne. Pour éli-  
des fosses nasales, l'auteur recommande  
atiquées minutieusement avec une solu-  
de cuisine. Les injections de substances  
es que nitrate d'argent, acide tannique,  
une inflammation intense de l'oreille

---

**Zur Tabes dorsalis im jugendlichen Alter.** (l'enfance), par M. FREYER. *Berl. kl. Woch. Centralbl. für Kinderheilk.*, n° 2. — L'autopsie est faite chez trois frères âgés de 19, 16 et 9 ans, de l'enfance. L'autopsie est intéressante. Le père est d'une bonne santé; il est mort de la peste. La mère, d'une constitution débile, est atteinte de la tuberculose. Sur treize enfants, les deux aînés seuls sont nés et ont survécu. Le premier a servi leur bonne santé. Vient ensuite un garçon mort de cœur, puis une fille morte de convulsions. Le cinquième, âgé de 6 à 12 ans, des éruptions scrofuleuses, le sixième, âgé de 13 ans, trois tabétiques présente également des manifestations de la tuberculose à 14 ans. Chez le septième enfant, éruptions scrofuleuses à 14 ans. Vient ensuite le plus jeune des tabétiques; il n'a eu d'aucune éruption cutanée. Après lui, fausse cécité, puis mort de l'enfant qui mourut en bas âge avec des scrofules. Dans l'autopsie des enfants, on ne trouve rien d'anormal sur la base du cerveau. Les symptômes initiaux du tabes.

Les trois tabétiques sont des garçons. Le plus âgé, âgé de 11 ans, sur la cuisse gauche une tumeur circonscrite, qui a guéri. Après sa guérison, on remarqua qu'il avait un nystagmus, parole lente, quelque peu traînante, et des tremblements dans les bras et les jambes. Les mouvements volontaires sont exagérés; le malade a de la peine à se boutonner. L'écriture est mauvaise et irrégulière, les lettres sont souvent séparées. La démarche est très incertaine, les pieds en avant et en dehors; il tombe en marchant. Les réflexes du genou manquent totalement des deux côtés. La motricité des bras et des jambes est conservée. Faut-il dire de la plante des pieds; pas de douleurs fulgurantes. Le malade que son corps est enserré dans un cercle. La sensibilité est diminuée sur certains points du corps; la sensibilité est normale. Le sens musculaire est intact. Enfin la lésion organique du cœur, qui paraît être une inflammation.

Le second malade âgé de 16 ans présente les mêmes symptômes que son frère. Chez lui, cependant on n'observe pas de nystagmus, les paresthésies font défaut, la sensibilité au toucher est normale.

Chez le plus jeune garçon (9 ans) le premier symptôme a été une certaine agitation de tout le corps qui a abouti à une chorée. En examinant ce petit malade

notablement diminués. Au bout de 3 mois, ils complètement abolis, et le malade chanceux yeux.

---

e (Hémiplégie méningitique), par H. HOCH-  
Wochenschrift, 1887, n° 1).

7 ans, d'une bonne santé habituelle, fait une  
e, sans qu'il en résulte aucune conséquence  
it de trois semaines, l'enfant perd subitement  
ps, perte de la parole, gêne considérable de  
out le côté droit du corps; depuis ce temps,  
. Status praesens : Stupeur, déviation conju-  
du côté droit, pupilles rétrécies, sans réac-  
réflexes du genou sont exagérés des deux  
est aboli à droite, pouls fréquent, irrégulier.

: trismus violent, convulsions cloniques dans  
t dans des muscles isolés de la jambe et du  
s la jambe droite. — Mort.

ne méningite tuberculeuse localisée particu-  
enne droite et à la moitié gauche de la pro-  
issement superficiel au niveau du sommet du

---

des Abscesses in Säuglingsalter. (De l'étiolo-  
chez les nourrissons), par Th. ESCHERICH  
he Wochenschrift, 1886, nos 51 et 52. —  
Jh. 1887, n° 2).

observent pas exclusivement chez les enfants  
e, ou de tuberculose. On les rencontre égale-  
degré, chez les enfants qui présentent toutes  
une santé. Ces abcès siègent de préférence  
riches en tissu graisseux (cuir chevelu).

bcès superficiels dont le point de départ se  
cées, de ceux qui sont situés plus profondé-  
sous-cutané et correspondent aux glandes  
ralement que ces abcès sont d'origine tuber-  
s recherches bactériologiques faites par l'au-

teur infirment absolument cette manière de voir. à voir avec la syphilis.

L'auteur n'a jamais rencontré de bacille tuberculeux. Par contre, sur neuf cas qu'il a eu l'occasion de voir, cinq fois le staphylococcus albus seul et quatre fois le staphylococcus aureus. On trouve ces organismes pyogéniques, chez tous les nourrissons, qu'ils soient en couches ou dans les couches les plus superficielles de l'épiderme. Il a été démontré histologiquement que l'infection se fait par les canaux sébacés et sudoripares. Cette infection se trouve dans les régions où l'épiderme se trouve ramolli soit par les transpirations journalières. D'où le siège des abcès, sur les cuisses, les fesses, la partie postérieure du tronc.

Le traitement prophylactique consiste à changer fréquemment les langes des nourrissons. Lorsque l'on ouvre les langes et de les laver avec une solution de sublimé. Dans tous les cas observés, la guérison était obtenue au bout de huit à quinze jours.

---

**Die Tænia nana und ihre medicinische Bedeutung** (De son importance médicale), par GRASSI. (*Ceologie*, 1887, n° 4. — *Centralbl. für Kinderheilkunde*). L'auteur a trouvé dans les selles de sept jeunes Italiens, des œufs de tænia nana, qui n'avait encore été trouvée qu'en Egypte. Ces œufs sont du même volume que ceux du tænia medio-lanceolatus. L'œuf est constitué par deux cellules concentriques, la cellule externe est granuleuse. Ces cellules renferment un muni de six crochets. Après l'administration de ce médicament, les malades rendirent plusieurs milliers de tænia nana, de 8 à 15 millim. Les essais d'infection que l'auteur a faits sur divers animaux n'ont point donné jusqu'ici de résultats. Les malades porteurs de ces tænia ont présenté des symptômes plus ou moins graves (attaques d'épilepsie sans perte de connaissance, parésie intellectuelle, mélancolie, bouffée délirante complètement après l'évacuation du tænia.

---

**Ueber Schrumpfnieren im Kindesalter.** (De l'atrophie des reins dans l'enfance), par R. FOERSTER. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer l'atrophie des l'enfance, chez deux enfants, le frère et la sœur, nent névropathiques. Le père de ces enfants est il a eu jadis la syphilis. Deux de ses frères prén névropathiques. Le grand-père paternel est érale. La mère est également très nerveuse. atteintes de diabète sucré.

Le garçon, eut dès sa première enfance une soif on urinaire ne devint exagérée que vers l'âge de

ans dans les urines. Le poids spécifique oscillait porta le diagnostic de diabète insipide et l'en- tement rigoureux. La polyurie et la polydipsie ns. L'enfant ne se développa que fort imparfai- corps resta à peu près stationnaire durant tout le mort survint enfin à l'âge de 9 ans, au bout de

un œdème cérébral considérable avec un épaiss- pendyme du 4<sup>e</sup> ventricule. Le bulbe rachidien sclérose, il en était de même pour les cornes et moelle épinière. En outre, hypertrophié notable cœur. Reins petits, durs, ratatinés, leur volume des nouveau-nés, la capsule rénale était très

-dessus fut également prise d'une soif vive vers Urines pâles, limpides, poids spécifique, 1,003 dans l'urine, mais elle contenait des traces son frère, il existait chez elle un arrêt de la crois- lu cœur et divers troubles nerveux, tels que, rai- la marche, exagération des réflexes tendineux. rut vers l'âge de 8 ans, après quatre ans de ma- topsie.

aux cas d'atrophie rénale, accompagnée de lésions stème nerveux central, seraient sous la dépen- ropathique si intense des parents. La syphilis incriminée. L'auteur insiste ensuite sur la res- es de cette atrophie rénale avec ceux du diabète ère pour le diagnostic différentiel seraient dans vement élevé, la présence de traces d'albumine



l'absence d'appétit. Par contre, les lésions et l'arrêt du développement s'observent insipide.

**Ueber aufsteigende Lähmung nach K**  
ascendante à la suite de la coqueluche), *p*  
*blatt für Nervenheilkunde*, 1887, n°  
*derheilk.*, n° 3).

Un petit garçon âgé de 6 ans est atte  
septembre 1886. Les accès de toux sont  
de vomissements et parfois de perte de con  
le début de la maladie, l'enfant refuse de  
sent dès qu'on le met par terre. Il ne s'  
Le premier examen du malade, qui fut p  
les résultats suivants : La marche est imp  
tion debout. Lorsque l'enfant est couché,  
voir dans tous les sens, mais ils n'ont pas l  
sont flasques, nullement atrophiés ; ils ré  
rant électrique. Sensibilité intacte. Aucu  
semaines plus tard, les jambes sont devenu  
bras, les muscles du cou et le diaphrag  
ne fait aucun mouvement avec les mains,  
la tête droite, à chaque inspiration l'épigast  
En outre, la voix est faible, voilée, l'enfan  
des. Il n'existe ni atrophie, ni anesthésie.  
du dos ne sont pas paralysés ; la vessie e  
normalement.

Les jours suivants, l'état général du pe  
ment, la respiration devient pénible, la l  
pendant tous ces symptômes s'amendent  
vier de l'année 1887, il n'existe plus au  
réflexes patellaires sont rétablis au comm

Suivant l'auteur, il s'agit dans ce cas, d  
tion primitive, analogue aux paralysies qu  
diphthérie. Il incline à supposer que la par  
rique.

**Ueber Schutzmassregeln bei ansteck**  
(Des mesures prophylactiques dans les malac  
par F. DORNBLUH. (*Deutsche Viertelja*

I. *Archiv. f. Kinderheilk.* T. VIII.

les mesures prophylactiques suivantes  
coqueluche et la diphthérie qui sont les  
les pour l'enfance.

ment par contagion, et l'agent infectieux  
exclusivement dans l'organisme malade.  
nts sont particulièrement prédisposés à  
aiblit la virulence de l'agent infectieux, la  
Pettenkoffer conseille de laver les cham-  
nts avec un mélange de 10 litres d'eau  
t 2 à 5 pour mille de sublimé. Pour que  
disséminer au dehors, il est indispensable  
e, hormis le médecin et la garde, n'ait  
s chaque visite, le médecin doit se sou-  
nte. Dès qu'il existe dans une localité  
torités scolaires doivent en être averties  
cole pour peu que l'épidémie soit intense.  
dangereux de l'agent contagieux, il ne  
bouilli. La scarlatine exige des mesures  
nt variables suivant les lieux, les épidé-

a la contagion, l'agent infectieux est très  
ébut de la maladie, alors que la toux et  
seuls symptômes morbides. Cet agent  
é. C'est encore vers l'âge de 2 à 5 ans  
s à cette maladie.

le maladie exclusivement contagieuse;  
s crachats et se propage par l'air. Il  
les enfants atteints de coqueluche.

é préférence chez les personnes dont les  
é d'un catarrhe du larynx, ou de la scar-  
Elle est le résultat d'un agent spécifique  
altérées, s'y développe et se propage au  
L'apparition de la diphthérie est favori-  
is dans des espaces humides, mal aérés.  
ent isolés dans leur famille, on cherchera  
moyen de l'eau phéniquée, des vapeurs

Dr G. BOEHLER.

**Acute Laryngitis in Children.** (De  
ta), par le Dr FOXWELL, in the Bir  
d'après the Lond. Med. Rec. du 11  
l'auteur fait remarquer que la laryngi  
apitre spécial de pathologie et qu'un  
à deux fois avant d'inscrire ce di  
. La laryngite, en effet, sous ses deu  
use, est symptomatique de diverses at  
ture de ces affections qui décide si l  
raneuse.

n'en est pas, dit-il, parmi ces mala  
une laryngite membraneuse et l  
très bien ne donner lieu qu'à un  
report of the Medico-Chirurgica  
st à l'étude approfondie des micro  
rs pour trouver un moyen certain de  
inflammations aiguës du larynx.

Les causes plus fréquentes de ces inflam.  
Le catarrhe pyrexial (fièvre catarrh  
on du froid.

ans cette affection qui atteint l'orga  
nt est la laryngite.

La diphthérie a une tendance spé  
raneuse de la laryngite aiguë mais to  
me diphthérie, n'est pas forcément me  
laryngite membraneuse n'est pas mort  
vét une forme catarrhale, cette derni  
ent de la faculté de se propager jusq  
vell).

La rougeole, très fréquemment. We  
t une issue fatale. Dans les 6 autopsi  
ois des fausses membranes dans le lai

La fièvre typhoïde, dans les cas  
lle on sait que l'exsudat semi-membra  
tite vérole (Sir Thomas Watson).

Les traumatismes, les brûlures.

La tuberculose et la syphilis.

remarque chez les enfants trois v.  
Celle de la diphthérie dans laqu

les symptômes laryngés commencent de bonne

rrhale éclatant au début d'une attaque de fièvre épidémique.

membraneuse éclatant de la même façon que la

tement ordinaire ne réussit pas, il faut avoir recours à la trachéotomie. L'auteur affirme qu'il n'a jamais vu cette opération réussir dans un cas de laryngite non membraneuse. Dans tous les cas, il faut faire la trachéotomie aussitôt que le larynx est obstrué.

---

**Croup as a Substitute for Tracheotomy.** (De W. G. WAGNER, d'Indiana, U. S. in the Brit. Med. Journ. 1887.

où les parents avaient refusé la trachéotomie, l'enfant n'était pas encore connu à cette époque, l'enfant étant d'oxygène amené sous un cône qu'on avait fait s'endormir profondément.

L'auteur en a encore enregistré deux observés par lui-même. La pensée que la trachéotomie et les tentatives d'inhalations d'oxygène pur.

par ce moyen semble le même, peut-être un substitut à la trachéotomie.

que, si la fausse membrane s'étend au-dessous de la trachéotomie une opération inutile, que l'inhalation d'oxygène, comme le tubage le fait par les médecins ne sont pas préparés à pratiquer la trachéotomie, tandis que tous savent produire de l'oxygène et

---

**Scarlatina** (Suites terribles de la scarlatine), de Hull, in the Brit. Med. Journ.

1, débarrassé de son éruption scarlatineuse et de son état en train, selon toute apparence, de mar-

## REVUE DES MALADIES DE

rs une prompte guérison. Environ tr  
nent de la maladie, il fut pris tout à  
ar un *ptosis* de la paupière droite, u  
paralysie complète du bras gauche. C  
t une semaine sans que le petit mala  
aissance. La mort sembla le résulta  
rbre aérien d'un abcès qui s'était fe  
quatre jours. Dans une épidémie sér  
full, il y a environ cinq ans, le D<sup>r</sup> i  
a de suites aussi graves.

---

ness of the Great-Toe in Male Adoles  
is orteil, chez les adolescents du  
JENNER VERRAL, in *the Brit. Med*  
r Jenner a vu, dans les deux dernièr  
e l'articulation métatarso-phalangien  
ans un cas). Il s'agissait dans les troi  
y, de tout jeunes gens employés à fair  
r Jenner a, en outre, relevé des anté  
ndants du malade mais non chez le r  
aîtement adopté a consisté en chauss  
de potassium à l'intérieur, applicat  
de pommade iodurée, à base de lanoli  
és mais par un seul guéri radicalement  
eur se propose à l'avenir d'ajouter à  
s sur l'articulation même et sur les ext  
lade sous le chloroforme pour se rend  
peut avoir dans la limitation du mouv

---

Treatment of the Tonsillitis. (Du tr  
Dr W. J. BAKER, in *the Brit. Med*  
Dr Partagas (*Brit. Med. Journ.* du  
les applications de bicarbonate de sou  
que la difficulté d'avaler ne soit e  
eur (W. J. Baker), depuis cette époqu  
i grand nombre de cas et l'a toujours  
buts de l'affection que quand la sup  
le.

vaient auparavant de la peine à avaler les  
affrances pénibles, se trouvaient, en une  
douleur et, au bout de trois à quatre

l'extrémité de son index, de le plonger  
et de frotter ensuite, avec ce bout de doigt,  
toutes les cinq minutes pendant une demi-  
journée le reste de la même journée. Trois  
jours suffisantes jusqu'à la défervescence.  
de ce traitement, n'a pas eu une seule  
Dans un cas où la suppuration était mani-  
festation du doigt.

---

beln, Measles, and Scarlatina. (Notes  
sur la rougeole et la scarlatine), par le  
docteur de Charterhouse School, in the *Brit.*

démie de rubéole au commencement de  
l'année au milieu de l'année, toutes deux por-  
tant la scarlatine aussi a éclaté au même moment ;  
en les comparant, les principaux  
caractères de ces maladies infectieuses.

à Charterhouse en janvier, neuf jours  
sur un petit garçon qui avait attrapé la  
Scarlatina, le 13 janvier (en même temps  
toutes les précautions, 202 autres cas se  
sont déclarés : 179 petits garçons de l'école et  
professeurs). Des notes ont été prises sur

notée dans 75 cas). — 6 jours, dans  
1 cas ; 9 jours, dans 10 cas ;  
11 jours, dans 18 ; 12 jours, dans 10 ; 13, dans 6 ; 14,  
dans 2 ; 17, dans 2.

coïncidant toujours avec le développement  
de la scarlatine. — 40°, dans 2 cas ; 40°, dans 1 cas ;  
38°, dans 1 cas ; 38°, dans 5 cas ; 38°, dans  
32 cas.

trouvée. — S'est trouvée dans 112 cas, a

## DE DES MALADIES DE

*osier et du pharynx.* -

18 58 cas.

*hique.* — Présent 5 fois,  
bsente toujours.

*ale postérieure.* — Prés  
ave dans 2 cas, marqué d

ent 5 fois, absent 154.

mais.

Ressemblant beaucoup à  
rée; chaque tache possèd  
; apparaît sur la poitrine  
19 cas, le second dans 31

— Fine et furfuracée,  
poitrine dans quelques cas  
et la plante des pieds.

*istique de rougeole.* -

*et suites.* — Se sont n  
s : Affaiblissement visuel,  
folliculaire, 7 ; adénite c  
d'Eustache, 3 ; herpès  
iale, 2 ; bronchite catarrh  
uminurie fébrile, 2 ; nép

*ieuses.* — Rubéole ant  
dans 144 cas, absente  
s 117.

supposés atteints antérie  
le. Sur les 15 qui n'avaie  
suivant.

s retournèrent dans leur f  
15 jours de maladie ; 11 r  
Aucun n'apporta la malad  
cas de rougeole se mont  
ouverture, un jeune élève  
dans une maison de Guilc  
res, chaque quinzaine.





UE DES

il y eut  
blait en  
on. C'éta  
dans auc  
sement,  
a pas la  
hrite con  
ophiées;  
qué de l  
eu déjà l  
, quoique  
tion.

, en con  
tion, l'u  
atôt que  
x affecti  
ale mais  
rplus, ces  
dont elle

---

isuelle o  
linique  
ar le D  
u premie  
ances. Par  
ie de la  
chirurgi  
fr. 50.

ression a  
RICELI  
e Enan  
a page 11

'RIMEBI

NSUELLE

L'ENFANCE

1887

---

RIGINAUX

---

PLAQUES CHEZ LES ENFANTS

MENT

UE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

. le D<sup>r</sup> Moncorvo

e de l'Enfance à la Polyclinique  
lansiro.

---

ne fois signaler les lacunes  
milieu des connaissances que  
ogie du système nerveux de  
ous ai fait voir, à plusieurs  
alades, que certains types de  
putées, avec quelque exagé-  
mement rares dans le jeune  
elles recherches à plusieurs  
. ce qui touche leur étiologie

en 1883, j'ai eu l'occasion de  
es-unes de mes conférences  
des plus intéressants, que je

vous ai présentés sous le diagnostic très admissible de *sclérose multiloculaire*, affection dont l'étude commence à peine à s'ébaucher, quand elle concerne l'enfance.

J'ai eu occasion, alors, d'appeler votre attention sur le petit nombre de faits de ce genre recueillis dans les archives des différentes littératures médicales, vous présentant, toutefois, à l'appui de cette assertion, le stock des observations relatées par M. Pierre Marie dans son intéressant mémoire publié cette année même (1).

Vous avez pu vous convaincre ainsi que le total des cas qui figurent dans ce mémoire ne dépasse pas le chiffre de quatorze, preuve bien évidente que cette affection n'a attiré, jusqu'ici, que trop peu l'attention des médecins de nos jours qui s'occupent spécialement des maladies de l'enfance.

Donnez-vous la peine, Messieurs, de parcourir les livres les plus récents, et les plus estimés à juste titre, qui traitent de la pathologie infantile : c'est à peine si vous trouverez, pour la première fois, une ébauche de chapitre sur la *sclérose en plaques de la moelle*, au 1<sup>er</sup> volume de la 3<sup>e</sup> édition du remarquable traité de Rilliet et Barthez (2). Ces auteurs éminents considèrent, néanmoins, cette affection comme fort rare chez l'enfant. En dehors de leur observation personnelle, ils n'en mentionnent que deux cas ; l'un rapporté par MM. Bourneville et Guérard, — et encore le malade était-il âgé de 15 à 20 ans ; — l'autre par Leube, chez une fillette de sept ans. Ces savants cliniciens n'en ont, du reste, publié que deux cas dus à leur observation personnelle, à l'hôpital Ste-Eugénie, à Paris : le premier était relatif à un petit garçon de deux ans, le deuxième, à une fillette de six ans.

Si donc, Messieurs, nous ne mettons pas en ligne de compte les deux faits relatés par MM. Bourneville et Guérard

---

(1) PIERRE MARIE. Mémoire sur la sclérose en plaques chez les enfants, 1886

(2) RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants. 3<sup>e</sup> édition 1<sup>er</sup> vol. ; augmenté par BARTHEZ et SANNÉ.

déjà dépassé la période de l'enfance), chiffre de dix-sept cas, recueillis dans l'étrangère : si, d'autre part, à ce nom-

bre, nous ajoutons quatre observations qui me sont personnelles, nous arrivons à un total de vingt et un cas de sclérose multiloculaire observés chez l'enfant, y compris celui qui va faire le sujet de cette clinique.

Ce relevé statistique suffira, je pense, Messieurs, pour vous faire remarquer bien nettement la rareté assez grande de cette affection chez les jeunes sujets. Néanmoins, pour ma part, j'estime que les nombres que je vous indiquais tout à l'heure sont au-dessous de la vérité, car il est de toute probabilité qu'un assez grand nombre de cas de cette nature ont été tout à fait méconnus, tandis que d'autres, observés en parfaite connaissance de cause, ont échappé à la publicité.

C'est là un point sur lequel je m'efforcerai d'attirer votre attention, car vous pourrez désormais, prévenus que vous serez à cet égard, recueillir bien d'autres faits de ce genre parmi les petits malades que vous aurez à observer.

Je n'ai pas l'intention de vous entretenir aujourd'hui de l'étude de la séméiologie, ou des signes caractéristiques de cette affection si intéressante ; cela a déjà fait l'objet de mes cliniques relatives à mes trois premiers sujets : vous pourrez lire ces leçons dans tous leurs détails dans la brochure que j'ai publiée en 1884 (1). D'ailleurs vous vous rappellerez de suite cette symptomatologie en entendant, tout à l'heure, l'histoire de la petite fille que vous avez eu tant de fois l'occasion d'examiner dans notre salle. Mon but principal est d'occuper votre attention sur un point des plus intéressants, et de pleine actualité, dans l'étude de cette affection ; je veux parler de l'étiologie de la sclérose en plaques chez l'enfant.

Je vous ai déjà fait voir, en ce qui se rattache à la sympto-

---

(1) Prof. MONCORVO (de Rio-de-Janeiro). *Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants*. Paris, 1884. O. Berthier, éditeur.

gie de cette affection dans le  
 u de chose à ajouter aux des-  
 servée chez les adultes, descriptions faites par des  
 si compétents ! Enfin, en ce qui concerne l'ana-  
 ogique, l'absence de documents relatifs à ce  
 observer dans cette maladie chez le jeune sujet n  
 guère d'aller au delà des présomptions basées s  
 ches, faites sur des adultes par Cruveilhier, ain  
 d. Charcot, Vulpian, Bourneville et Guérard, Sc  
 ete, Rosenthäl, et autres savants anatomo-pat

ieurs, la question la plus obscure dans l'histoi  
 on qui nous occupe est, à vrai dire, celle qui se  
 l'étiologie ; vous vous en rendrez parfaitement co  
 recherches que vous aurez occasion de faire à ce  
 ous montreront tous les doutes qui planent en  
 mode de production du processus inflamma  
 tiel d'où résultent les plaques. Les auteurs q  
 cupés de cette question n'ont fait, pour la plu  
 fleur.

it à moi, je ne m'arrêterai pas longuement sur c  
 aux conditions individuelles : en ce qui concerne  
 rappellerai que la plus vieille de mes petites ma  
 sept ans ; une seconde avait quatre ans ; enfin  
 avaient trois ans, y compris la fillette dont je  
 ntretenez.

, tout d'abord, Messieurs, il ne faut pas oublier  
 première de ces enfants, les accidents initiau  
 on avaient débuté vers l'âge de sept mois, tandis  
 s deux autres, les premières manifestations dat  
 lement de la première année.

une des malades citées par MM. Barthez et Sa  
 mières atteintes de la maladie avaient été remarq  
 ge de seize mois ; chez l'autre, elles avaient fait  
 ion à l'âge de trois ans. D'après son relevé, M. P  
 , établi que c'est vers trois ou quatre ans que l'on

déclarer le plus ordinairement ;  
t, en dernière analyse, que cette  
pper les enfants dans les premiers  
a variabilité des symptômes, la  
ente de la maladie, assez souvent  
ident parfois très obscure, jusqu'à  
ure des manifestations observées,  
and le diagnostic est définitive-  
ficile de préciser la date de l'apparition.

xe, je dois vous dire, Messieurs,  
personnels se rapportent à quatre  
torze autres cas rassemblés par  
garçons et six fillettes : l'observa-  
i relative à une petite fille. Enfin,  
MM. Barthez et Sanné appartient

Messieurs, c'est le sexe féminin  
prouvé par la maladie qui nous  
n effet, sur un total de 21 malades,  
garçons. D'ailleurs, ces chiffres  
d avec ceux qui résultent des  
s malades adultes par M. le pro-  
ons d'après lesquelles cette affec-  
chez les femmes.

nce de l'hérédité sur l'apparition  
re du jeune âge ? Rien ne s'oppose,  
accepte la transmission de la pré-  
d'un appareil organique, et, pour  
e j'ai en vue, c'est un fait aujour-  
que celui de l'influence directe ou  
cérébrales ou médullaires sur la  
lentique, ou non, du même système  
est là, pourtant, qu'une condition  
a maladie ; il n'en résulte, à vrai  
rbide de l'appareil de l'innervation

Mais à côté des conditions prédisposant tement sur le névraxe, il me semble que l' ment admettre aujourd'hui une connexion entre les encéphalo ou les myélopathies infectieuses. Quant à l'influence directe ou maladie nerveuse, sur l'apparition de la sc de l'enfance, le nombre restreint des doc jusqu'à présent ne nous permet aucune co

Parmi les faits qu'il a rassemblés, f issues de la littérature médicale anglai noté, dans un cas, une tante hystérique, d découvert l'existence, chez deux frères, plaques : dans l'histoire de l'autre malade avait frappé un frère.

Pour ma part, il m'a été impossible de recéder de cette nature chez les petites f mises à mon observation ; encore n'est-ce que je suis parvenu à savoir que le père d' s'était suicidé, mais j'ignore absolument d tions le fait s'est passé. La lecture des au vous ai parlé ne vous renseigne pas mieux car rien n'y est signalé concernant la sa parents, et encore moins celle des collatères vous en conviendrez, un point de l'étiolo tion, qui attend de nouvelles recherches.

Dans son intéressant mémoire déjà cit remarquer avec beaucoup de sagacité, d des faits qu'il a recueillis, la coïncidence, d'une maladie générale infectieuse. C'est cas, il trouva la jaunisse avec albuminuri scarlatine ; enfin, il rappelle des états m signalés dans des cas cités par MM. Cha Otto, Westphal et Ebstein, et observés atteints de sclérose en plaques survenue léra, de la variode, du typhus et de la fièv le plus grand sens critique, il s'est demand

coïncidence : Etant donné qu'il s'agit de lésions antérieures au processus sclérotique, Messieurs, que de rattacher ce processus à une infection générale de nature infectieuse ?

Jandouzy (1) dans son intéressante thèse sur la sclérose en plaques, lui aussi, comme devant, vraisemblablement la production de ces sortes de paratuberculose que nous venons de mentionner.

Enfin, à savoir par quel mécanisme elle se manifeste, on le voit par les descriptions de lésions observées en Allemagne, sur des adultes, et entre les plaques de sclérose et les lésions des vaisseaux artériels, M. Marie a posé l'hypothèse, du reste, la plus acceptable, à savoir que ces maladies infectieuses, les lésions vasculaires peuvent être consécutives à la sclérose.

Cette vue théorique commence déjà, à recevoir la sanction de l'histologie pathologique. Dans un remarquable mémoire, M. Jandrassick (2) sont arrivés à constater la présence d'un processus périvasculaire du processus sclérotique.

Ces observations ont pu, les premiers, être faites, encore peu avancées avec présence de lésions vasculaires, dans l'espace péri-vasculaire, sur des pièces anatomiques provenant du service de M. Charcot, et en évidence par des préparations très soignées, et colorées d'après les procédés les plus récents. Les résultats de ces recherches ont laissé

---

*Paralysies consécutives aux maladies aiguës.* Th. J. O.  
 JANDRASSICK. *De l'hémiparésie cérébrale par lésion de physiologie.* Janvier, 1885.



hors de conteste le point de départ processus scléreux, lequel gagne ensuite, le tissu environnant, en entraînant la destruction des éléments nerveux. Nos découvertes que je viens de vous n'ont pas été jusqu'à affirmer que les plaques étaient vraiment la conséquence de l'altération des parois des vaisseaux artériels, quoique les altérations bien moins avancées que celle-ci paraissent le faire. Ce qui semble, cependant, au vu des faits exposés précédemment, c'est l'existence du processus scléreux dû, selon toute probabilité, à la pénétration dans le sang d'un élément infectieux. Rien de plus naturel, à mon sens, qu'en de telles conditions, une pathogénie semblable aux plaques multiloculaires.

Il ne s'agit là, à vrai dire, que d'une question de degré. En réalité, il y a la plus complète identité entre les processus scléreux dans les deux cas.

En résumé, Messieurs, tout nous porte à admettre une connexion étiologique entre l'existence d'une syphilis héréditaire et la pénétration, dans le torrent circulatoire, d'un élément infectieux. Mais, qu'il me soit permis d'ajouter que, dans le cas de ma première malade, le 13 mars 1882, j'ai constaté l'existence d'une telle condition étiologique, eu égard à la syphilis héréditaire dont cette enfant présentait les signes les plus manifestes : l'hypothèse de l'origine infectieuse de l'affection cérébro-médullaire que l'habile médecin français relativement à la syphilis nous trouva en parfait accord avec ce que j'avais, moi-même, avancé cette idée a été bientôt d'attirer l'attention des cliniciens. L'indéniable, pour moi, de la syphilis héréditaire dans l'affection cérébro-médullaire qui a été influencée, d'ailleurs, été des mieux établies par les trois petites malades, qui étaient toutes atteintes de syphilis.

1, si la syphilis héréditaire est susceptible d'altérations du foie, de la rate, du cœur, de l'intestin, du péritoine, comme nous l'avons vu chez de Dubois, Trousseau, Depaul, et, Desruelles, Virchow, Le Contour, G. Simpson, etc..., pourquoi l'axe cérébral est-il épargné ?

En ce qui concerne l'encéphale, c'est un fait, aujourd'hui généralement admis, que l'axe cérébral est directement atteint par la syphilis. Les autopsies pratiquées par Daniel Mollière, Virchow, Barlow, et d'autres savants, ont révélé l'existence de lésions cérébrales aiguës ou chroniques et de lésions cérébrales méningées, sous l'influence de cette infection. Les observations cliniques de MM. Dowse, Fourcaud, et d'autres, ont apporté des preuves relatives à ces liens pathogé-

riques. On n'en pourrait dire autant de ceux qui unissent la syphilis héréditaire à la sclérose en plaques. Depuis plus de trois ans, je signale presque indiscutablement que doit jouer un rôle dans la production de quelques cas de sclérose en plaques, qui disparaissent, d'ailleurs, presque complètement sous un traitement antisyphilitique plus ou moins prolongé. Je ne dois pas, cependant, vous cacher que je ne suis pas sûr à ce sujet, faute d'un plus grand nombre de recherches dirigées dans ce sens. Ces derniers temps tout à fait, que je suis convaincu, avec assez de conviction et beaucoup de confiance, que le professeur A. Fournier, de la Fa-

culx, ce maître éminent déclare avoir observé des cas significatifs qui l'ont laissé conclure à l'existence de paralysies de l'enfance, ou même de paralysies de l'adulte, pour origine une influence

hérédo-syphilitique. Cette affirmation est, de accord avec ce que vous m'entendez dire so de cas analogues. M. Fournier poursuit dans cette même voie, et bientôt il se trouve server trois nouveaux cas fort intéressants : tabes dont l'origine héredo-syphilitique lui probable. Il me suffira de vous dire que notre d'être reconnue fondée à la suite de nouvelles du même genre, parmi lesquelles nous cit Remak en Allemagne.

Vous excuserez, je pense, Messieurs, cette sion à laquelle je n'ai eu recours que dans tenir au courant de l'état actuel de nos connaissances à la genèse de quelques affections encéph du jeune âge : j'espère ainsi vous faire compr d'être de la pathogénie que j'ai admise le pr certain nombre de cas de sclérose multilocu cependant, je dois vous déclarer que je n'ai f mation positive à cet égard dans mes leç 1884 ; à peine me crus-je arrivé au moment d conclusion : « Parmi les conditions étiologi « die (sclérose en plaques), il y a lieu d'adm « probable de la syphilis héréditaire ». — « « disais-je ailleurs, qu'il y a lieu de faire « dans les cliniques d'enfants, relativement « de la sclérose de l'enfance et de la syphi « comme l'a proposé avec raison M. Dreyfo « ningites ».

Eh bien, Messieurs, cet appel a été enten l'honneur d'attirer, sur ce sujet, l'attention d nent, dont l'autorité en ces matières est au- louanges. En effet, dans son dernier ouvrag d'une fois mentionné, M. Fournier (1) a bie crer un chapitre à la sclérose en plaques, et

---

(1) A. FOURNIER. *De la syphilis héréditaire tardive.*

cet égard : « Il y a longtemps que, pour idère théoriquement, la sclérose en plaque où la syphilis est destinée à prendre, une part étiologique. Mais, à la vérité, est restée, jusqu'à ce jour, toute platonique l'expression, car je n'ai pas eu l'occasion sur un seul fait de nature à la légitimer, soit anatomiquement ». — « Mais, le savant professeur français, un simple fait, à coup sûr beaucoup plus démonstratif que ces inductions *a priori*. Or, jusqu'à présent, il avait fait défaut, et cela, aussi bien pour l'acquise que dans l'hérédo-syphilis, lors des derniers temps, un intéressant mémoire de M. Moncorvo, où se trouvent des observations de sclérose en plaques chez les jeunes enfants affectés de syphilis

connue de la syphilis à disséminer ses vaisseaux, en agissant tout particulièrement sur le tissu interstitiel, et en aboutissant presque toujours à des vaisseaux scléreux ; enfin, le fait que la syphilis est une des maladies générales de nature infectieuse, les éléments qui ont servi de base à ces inductions. Quoi de plus logique, Messieurs, que de chercher à établir que d'une maladie générale infectieuse, il y a des étiologies de la sclérose en plaques ? Or, disais-je, que d'admettre également l'héréditaire ou acquise, un des types de la sclérose, aujourd'hui, surtout, qu'on connaît si bien. M. Fournier, la fréquence de la sclérose en plaques, le genre des lésions artérielles ? M. Fournier n'a pas cru devoir être plus affirmatif, et il a conseillé avec raison, à ses collègues, de nouveaux faits avant d'arriver à une conclusion. C'est bien raison, je crois, d'essayer de nou-

veau aujourd'hui d'attirer votre attention intéressante d'un cas qui serait, par l'importance, sérieux à la doctrine dont j'ai été le prom

Le 21 décembre 1882, on m'amena à mon service Olga, âgée à peine de 3 ans, et née à Rio; d'après ce que j'ai pu obtenir, son père aurait présenté, avant d'être venu au Brésil, sa mère est faiblement constituée, mais très manifestement nerveuse. Cette fille l'aînée de trois enfants, était née à terme; l'accouchement d'ailleurs, assez facile; la mère n'avait éprouvé au moment de la naissance aucune maladie sérieuse tout le temps de sa

L'enfant fut exclusivement nourrie par sa mère pendant les premiers mois; mais elle fut ensuite soumise à l'allaitement artificiel pendant le temps de l'évolution dentaire, qui débuta vers l'âge de 12 mois; elle n'aurait eu aucun accident convulsif; cependant, dès sa naissance, extrêmement pâle, et assez chétive. On a constaté, sur le corps de son enfant, dès les premiers jours de sa naissance, des taches couleur saumon, sur le tronc et

Ces taches s'effaçaient pendant un certain temps, mais elles reparaissaient ensuite. Avec l'apparition de ces manifestations cutanées, le coryza persistait. Quoique chétive, l'enfant n'aurait eu aucune des maladies si fréquentes dans les deux premières années de sa vie, telles que : rougeole, varicelle, scarlatine, et

Jusqu'à l'époque de deux mois environ avant d'être amenée à mon service, elle n'aurait manifesté aucune modification dans sa santé générale : ce ne fut qu'à partir de cette époque qu'elle commença à remarquer quelques changements dans son caractère, elle devint moins docile et calme, l'enfant était devenue désobéissante, elle avait des accès de colère soudains : en même temps, elle pleurait fréquemment, et devint agitée, bientôt elle eut une certaine difficulté à tenir dans ses mains les objets qu'on lui présentait, son impuissance augmenta progressivement. Elle était chancelante, et tellement embarrassée que la moindre chose lui donnait de la peine, même soutenue par quelqu'un, ou en s'appuyant sur elle. C'est l'aggravation croissante de ces phénomènes qui m'amena à l'amener dans mon service.

Je vais maintenant résumer le résultat de mon examen de cette petite malade.

pour son âge; ses téguments étaient assez  
ques : sur la peau du ventre, et sur celle des  
hes couleur jambon. Sur cette même région,  
constatait aussi de petites papules plus ou  
glions sous-occipitaux et ceux de la région

déformation rachitique « en carène », ainsi  
costal : les dents incisives supérieures pré-  
ancé d'altération; les deux médianes com-  
« en hache ».

fication appréciable de la sensibilité tactile,  
électrique; rien d'anormal à constater du  
la réaction faradique semblait-elle un peu  
des membres inférieurs; — aucune altération

te évidence que cette fillette ne présentait  
rsionomie si vivante, si naturelle, qu'on re-  
les enfants de son âge : tout au contraire,  
nidité était vraiment exagérée. Il m'a été, du  
juger par moi-même de l'état de sa parole,  
de la faire prononcer un seul mot.

fort remarquable, c'était l'affaiblissement des  
mbes. Pour se tenir quelque temps debout,  
r les jambes; mais, si on l'engageait à mar-  
quelques pas dans la salle, mais encore fal-  
a main : faute d'employer cette précaution,  
es inférieurs fléchir sous le poids du corps de  
il convient d'ajouter que si l'on venait à fer-  
ne constatait aucune nouvelle modification

le voyez, Messieurs, assez d'éléments pour  
nique de la nature de cette paralysie des  
rurent des accidents psychiques, à côté de  
cun trouble de la sensibilité, je fus porté à  
us scléreux disséminé dans l'axe cérébro-mé-  
par mes idées prononcées à l'égard de son  
vait lieu d'admettre des liens pathogéniques,  
ablement scléreux, et la syphilis héréditaire,  
icore des signes à l'époque, et je n'hésitai pas

à la soumettre à un traitement constitué par des  
avec l'onguent napolitain, la teinture d'iode à l'in  
Van Swieten.

Un mois après ce traitement, la peau avait repr  
males : mais, ce qui est plus remarquable, l'affaibli  
des bras étaient amendé au point que la petite fille  
quesans l'aide de personne. En même temps, elle c  
objets dans ses mains sans les laisser tomber.

Le 5 mars, l'amélioration ayant fait des progrès,  
ture d'iode, une solution d'iodure de potassium à  
nait deux cuillerées par jour.

Les lésions de la motilité avaient presque entiè  
que les troubles psychiques, lorsqu'à partir du 3  
plus l'enfant.

Deux ans et 8 mois se passèrent sans que j'eusse d  
le 26 avril 1885, elle me fut de nouveau présentée.  
s'était bien portée jusqu'à un mois, environ, atpar  
de nouvelles manifestations éclatèrent : il y avait  
fant venait à s'endormir, le sommeil était agité  
rompu par des rêves effrayants ; l'enfant se réveilla  
hors de son lit, et se cramponnait, épouvantée dan  
bre en criant qu'elle avait devant elle des monstre  
qui l'assaillaient : à tel point que sa mère fût oblig  
dans son propre lit pour mieux la retenir penda  
temps que ces manifestations se produisaient, le  
avait subi un changement très appréciable : ell  
depuis longtemps, parfaitement calme, se montrait  
inquiète, et sujette à des accès de colère qui se ré  
quence toujours croissante.

En même temps, on constatait des troubles de la  
monotone et scandée. Mais, ce qui avait attiré  
l'attention de la mère, c'était les *désordres de la*  
ment l'*embarras* de la marche. L'enfant avait la  
regard sans expression ; elle répondait assez diffic  
que je lui adressais. L'*audition* et l'*odorat* ne sei  
l'*acuité visuelle* paraissait également normale : le  
uniformément, mais il y avait à noter un certain d  
*oscillatoire*, qui, du reste, n'était pas permanent  
tant plus accentué lorsqu'on attirait l'attention de

la langue était prise, à chaque instant, d'un *tremblement fibrillaire* intermittent. La *parole* était, comme je vous l'ai dit, *embarrassée*, monotone, scandée. La mère me déclara elle-même avoir observé dans les derniers temps, un certain degré *d'affaiblissement des facultés intellectuelles* de son enfant. Mais, ce qui était encore plus digne de remarque, c'était les troubles qu'elle présentait du côté de la locomotion ; la marche était redevenue embarrassée, encore même que la petite malade fût soutenue par quelqu'un, qu'elle côtoyât les murs, ou qu'elle s'accrochât aux meubles. Il lui était impossible de suivre une direction déterminée, car elle décrivait involontairement des zigzags en chancelant comme une personne ivre. Si elle se trouvait placée sur la marche la plus élevée d'un escalier, elle n'osait essayer de descendre, la tint-on même par la main. Si on la mettait debout, les jambes bien écartées, c'était avec de la peine qu'elle arrivait à les rapprocher l'une de l'autre, tout en conservant son équilibre.

Du côté des membres supérieurs, on remarquait également un commencement d'affaiblissement musculaire ; si, en effet, on engageait la petite malade à prendre un objet avec une seule main, elle s'empressait de recourir à l'aide de l'autre, tant elle avait conscience elle-même de l'impossibilité, dans laquelle elle se trouvait, de tenir cet objet autrement qu'en ayant recours à cet artifice. D'autre part, lorsque l'enfant exécutait des mouvements des bras, les mains étaient prises d'un *tremblement* qui devenait bien appréciable au moment où le mouvement atteignait le but proposé. Si, par exemple, on l'invitait à boire, ce tremblement se montrait aussitôt que le verre atteignait ses lèvres et en était rapproché, et le liquide qu'il contenait se trouvait projeté par dessus les bords.

La *sensibilité* (douloureuse et électrique) était quelque peu émoussée mais la sensibilité à la chaleur paraissait avoir conservé son intégrité. Les *réflexes* du coude et du genou étaient sensiblement diminués, aussi bien que les réflexes cutanés. La *contractilité faradique*, par contre, était demeurée normale. Enfin, je ne dois pas oublier un fait digne d'attention, à savoir que l'occlusion des yeux n'avait aucun effet sur la difficulté de la marche que nous avons signalée, contrairement à ce qu'on observe dans les cas de tabes héréditaire, ou maladie de Friedreich.

Comme traitement, je prescrivis une solution d'iodure de potassium à 5 0/0, (deux cuillerées par jour) et des frictions d'onguent napolitain.

Le 4 mai de la même année, je recueillis les notes suivantes au sujet de notre petite malade : « A partir du 2 mai, la marche, ainsi que la station debout, sont devenues plus pénibles ; le tremblement est également



plus accusé, et la parole plus embarrassée. Inst dans la nuit.

« On ordonna à la malade une solution d'iode (quatre cuillerées à bouche par jour) on y ajouta de potassium à 10 0/0; (quatre cuillerées à Bains chauds à 40° »

Le lendemain, la petite fille présentait 40° d'était un peu essouffée. On comptait 30 minutes; le pouls battait à 140. L'impulsion cardiaque, et on entendait un bruit de souffle systolique du cœur; l'enfant se plaignait de douleurs vagues; soit était vive, la langue chargée. Mais il n'y avait ni de la rate. Nous nous trouvions, sans d'une endocardite rhumatismale.

J'eus recours à l'antipyrine suivie du sulfate

Le 6 mai, la température était de 39°; le pouls à 24: la défervescence produite par neuf heures du matin; la nuit avait été plus calme).

La température était à 38°,7, le 7; le pouls à 24; le bruit de souffle avait perdu beaucoup; l'antipyrine avait abaissé la température jusqu'à 37°. toute la nuit. On reprit l'antipyrine en même temps qu'un badigeonnage à la teinture d'iode sur la région

Le lendemain 8, la température se maintenait; la respiration à 24; l'impulsion cardiaque pouvait; le souffle persistait toujours, quoique bien moins

Du 9 au 11 mai, la température était remontée malgré l'emploi de l'antipyrine; mais malgré l'effet thérapeutique antithermique, la température remontait vers

Enfin, à dater du 12 mai, la température ne remontait plus; le souffle seul resta à l'état indiqué. Dans ces conditions, le lendemain, le traitement iodo-hydrargyrique produisit déjà une sensible amélioration. Les somnolences et hallucinations survenaient plus rarement; enfin, moins chancelante.

Le 27, les modifications observées étaient les mêmes; les troubles psychiques avaient tout à fait disparu; l'enfant continuait à dormir assez bien. Elle pouvait

liesse, les mouvements étant presque  
 nuls encore des troubles de la parole,  
 ; mais ces symptômes n'étaient que

en solution d'iode de potassium  
 avec l'onguent napolitain.

ation eût fait des progrès, je prescri-  
 vée à 15 0/0.

t celles-ci : Sommeil toujours calme ;  
 l'enfant avait repris ses habitudes dou-  
 début de sa maladie, elle était deve-  
 sait la plus formelle résistance à ce  
 et dans ces circonstances que la mal-  
 e de les lui couper. Quant à présent,  
 douceur du monde, à toutes les opé-

ceptible ; la gêne de la marche est si  
 e peut descendre toute seule un long  
 ouve-t-elle quelque hésitation lors-  
 d'un repos prolongé.

lioration très notable qui s'est mani-  
 et dans le tremblement qui survenait  
 casion de mouvements volontaires de  
 une direction donnés.

ri jusqu'alors ; le 13 juillet, la petite  
 idéenne, avec état saburral, engorge-  
 es accès, dont la température maxima  
 ent jusqu'au 18 du même mois, et  
 quinine, du calomel, etc., sans pré-  
 ique qui ne fut guère interrompu pen-

année, nous remplaçons les frictions  
 oïdure d'hydrargyre à 25 milligram-  
 ; la solution iodurée à 15 0/0. Mais,  
 e 26 octobre, parce que la mère était  
 le commençait à avoir des vertiges et  
 érance.

ordre, et ces troubles se dissipèrent

En définitive, Messieurs, je me suis 11 novembre suivant, d'apprécier les caractéristiques qui s'étaient opérés chez ma petite fille : elle avait acquis un certain degré d'embonpoint, ses traits étaient colorés; sa figure avait une tout autre expression; elle répondait avec plus de vivacité et de précision aux questions que je lui adressais. Sa mère, de son côté, part, que tous les troubles psychiques étaient dissipés, que sa petite fille se couchait tranquillement dans son lit, et dormait tranquillement toute la nuit; elle pouvait marcher, sauter, et courir, sans aucune hésitation. Elle prenait aisément et avec intérêt tous les objets qu'il lui était impossible de saisir avec sa maladie, sans le secours de l'autre main. Il ne restait, à vrai dire, qu'un très léger tremblement lorsque celles-ci atteignaient le but de leur action volontaires.

Malgré les excellentes conditions où se trouvait ma fillette à la suite du traitement antisyphtique, j'eus l'avis que celui-ci devait être prolongé encore quelque temps. Mais, contre mes prévisions, l'enfant fut ramenée depuis le 11 novembre 1885.

Ce fut donc dans le but de savoir si les caractéristiques ci-dessus s'étaient maintenues, que je priai l'un de vous, M. J. Silvado, d'aller voir la petite fille à son domicile. Je vais vous lire le résumé de ce qui a bien voulu recueillir à ce sujet, le 7 novembre 1885.

« Malgré les atteintes fréquentes d'impetigo, cette petite fille, elle ne manque ni de la vivacité et de la vivacité propres à son âge. Elle se tient debout, assez longtemps les pieds sur le sol, sans la moindre hésitation dans la marche. Ses bras sont parfaitement coordonnés avec ses jambes; on observe, en apportant assez d'attention, un léger tremblement de la main, lorsqu'elle exécute une action en tenant un objet un peu lourd. Elle n'a

ements, ni de bizarreries de caractères ; toujours calme, et non fréquemment ingrat ; plus de troubles de la parole. L'intermittent assez régulier pour son âge. Le malade, au à la suite de l'endocardite, est en-

fin, messieurs, qu'à la suite du traitement prolongé pendant plusieurs mois, les manifestations de la sclérose multiloculaire disparaissent, au point même d'arriver à un état, sauf un léger tremblement des mains, qui n'est accusé au début de la maladie.

Après un an avant de m'assurer du succès du traitement que j'avais institué, plusieurs années se sont écoulées, durant lesquelles le malade a eu plusieurs reprises, et malgré cela aucune rechute n'ont été observées

[ chez cette fillette qui vient d'être soumise à un examen des plus minutieux.

Je ne m'arrêterai pas un instant à soutenir l'opinion émise, touchant la nature de l'affection que portait ma petite malade : de son histoire, on ne pourrait certes conclure autrement à cet égard. On a pu, en effet, observer, chez elle, les symptômes les plus caractéristiques de la sclérose en plaques disséminées ; les troubles psychiques, tels que les hallucinations, le changement de caractère, les accès de colère soudains, l'agitation nocturne ne laissaient, chez notre patiente, absolument rien à désirer. Enfin, le nystagmus oscillatoire, le tremblement de la langue, et les troubles de la parole venaient compléter le tableau clinique des phénomènes céphaliques. Nous avons pu, d'ailleurs, à côté de ceux-ci, constater d'autres signes d'une valeur indiscutable, tels que le défaut de coordination des mouvements des membres, la marche hésitante et chancelante, et par-dessus tout, ce tremblement coïncidant avec les mouvements volontaires, et disparaissant dans le repos.

Voilà pourquoi mes hésitations, bien le début, ne tardèrent guère à se dissiper dès j'eus de nouveau cette fillette sous mon ok s'il y a lieu d'admettre ces connexions déjà haut, entre le processus scléreux et la péné torrent circulatorio, d'un agent virulent, q être, chez notre petite malade, la cause de prémonitoire ? Chose rare dans des cas de ce la bonne fortune de voir cette fillette au premières manifestations de sa maladie, et livrai à la recherche la plus rigoureuse et tieuse de ses antécédents. Or, je ne pus rel antérieure d'aucune fièvre exanthématique, c virulente, sauf la syphilis héréditaire, dont elle vous avez pu le constater, les signes les tiques.

Rien ne s'opposait donc, dans ce cas, à la chasse à cette infection héréditaire l'origine morbide, et cette hypothèse, fort admissible dès le début, la sanction du traitement iodo- D'ailleurs, une contre-épreuve est encore ve gain de cause : une fois les premières amendées sous l'influence du traitement d entretenus, ce traitement fut interrompu p deux ans ; eh bien, vous avez vu qu'au bou temps, la maladie reparaissait avec violence, j aussitôt après la reprise du traitement ant seul qu'on lui prescrivit dans ce but, pendar qu'elle fréquenta le service. Bref, la guérison à l'administration prolongée des agents iodo- l'est venue augmenter la valeur de mes asser encore plus admissible que jamais l'exist pathogéniques prévus.

Un tel résultat doit, certes, vous engager manière d'agir dans des cas de ce genre, car être à même d'apporter ainsi des documen

l'actualité, qui commence à attirer éminents.

rs, il me semble que cette recherche thérapeutique, dont je viens de vous parler : *la syphilis héréditaire ne doit pas être considérée comme une des maladies générales de nature infectieuse, mais comme une maladie qui a lieu de rattacher les altérations du processus hyperplasique de la peau à l'enfance.*

---

## ETIQUETTE DE LA SCROFULE (1)

en interne des hôpitaux de Paris, médecin des bains de Lavey (suite).

---

généralement que les eaux chlorurées (bromo-iodurées), lorsqu'elles sont traitées essentiellement par le brome et l'iode.

Entre les iodures, la teinture d'iode, l'iodure d'argent et l'iodure de potassium sont des médicaments très efficaces. L'iode est un résorbant de premier ordre, plus énergique, car dès qu'il est absorbé, il produit de la sécheresse de la gorge, du picotement de la conjonctive, du tintement d'oreilles, une éruption iodique et sur la peau l'apparition d'une éruption spéciale ; l'iode passe donc à l'état d'acide iodique et il ne faut point méconnaître l'importance de sa présence dans les maladies générales. Si la médecine a tiré bon parti de l'iode, la science a également fait un grand pas.

---

« Le type du médicament hydro-minéral  
« écrit le Dr Bazin, est l'eau contenant à l  
« de l'iode et une dose thérapeutique de chl  
« Les eaux mères répondent à ces trois co  
« celles qui ont le plus d'action contre les  
« fuleuses. Le brome et l'iode se trouvent  
« quantité relativement forte, et vous sav  
« énergique ils ont sur toutes les manifesta  
« fule » (1).

L'action heureuse des eaux chloro-bromo  
scrofule est incontestable ; mais l'explicat  
de leur valeur thérapeutique soulève, à notr  
objection. N'est-ce pas à tort que l'on me  
même ligne le brome et l'iode ? N'est-ce pas  
prête à l'iode une importance capitale dans  
de la scrofule et que l'on oublie tout ce  
chlorures ?

Le bromure de potassium est, comme l'io  
absorbé par les muqueuses ; de même aus  
bout de peu de temps dans les sécrétions.  
culation il produit le ralentissement des mo  
ques et diminue la chaleur animale ; du  
nerveux, il entraîne l'analgésie, puis la dim  
sibilité tactile, en commençant par celle du  
de l'isthme du gosier ; bref le bromure de  
puissant sédatif de tout le système sensitiv  
circulation. A dose plus forte il amène l'affa  
contractilité musculaire ; les malades ont  
tenir debout et leur mémoire se perd.

On ne comprend donc pas bien l'utilité  
d'un médicament ayant de tels effets. Le  
reste pas, comme l'iode, actif en petite qu.

---

(1) Leçons sur le traitement des maladies chroniqu  
affections de la peau en particulier, par l'emploi com  
rales, etc, par le Dr E. Bazin, 1870, p. 241.

doses quotidiennes de cinquante centigramme et, quand on cherche un effet sédatif, jusqu'à un minimum de deux grammes ; or, les eaux chlorurées qui se boivent renferment quelques centigrammes de bromure par litre, comme introduit dans notre économie par les eaux minérales n'est que le centième ou le millième pharmaceutiques.

C'est peut-être pas inopportun non plus de dire sur les quantités que les eaux minérales renferment généralement ; ces proportions sont ordinaires ; même beaucoup de sources chlorurées ne renferment rien du tout. L'iode est bien plus rare que le brome dans les eaux minérales ; quand il s'y rencontre c'est à des doses moindres.

Les eaux les plus riches en iode nous n'introduisons dans notre économie qu'un demi à un centigramme d'iode. L'usage des eaux chloro-bromo-iodurées n'a rien d'analogue avec l'histoire de l'huile de foie de morue. L'action remarquable sur la crasse sanguine et tout aussi incontestable que celle des eaux minérales pour la scrofule. L'analyse des huiles de foie de morue conditionnées n'ayant fourni que 15 à 18 centigrammes par litre (ce qui, à dose de 2 à 3 cuillerées de sirop, est une quantité d'iode dérisoire), on a dû chercher à introduire ce médicament dans les graisses elles-mêmes. Les matières hydro-carbonées sont non seulement utiles par excellence, mais constituent le squelette de la formation cellulaire, par conséquent le squelette des puscules sanguins on s'est dit que les huiles de foie de morue sont éminemment faits pour réparer un organisme épuisé, qu'ils sont indispensables à l'entretien de la vie, que les graisses extraites du foie des animaux marins sont plus digestives que toutes les autres. Elles renferment les éléments biliaires du foie et sa substance qui constitue en quelque sorte des



matériaux déjà élaborés et prêts à entrer dans le sang.

N'arrivera-t-on pas à une conclusion semblable pour la thérapeutique des eaux chlorurées et ne s'apercevra-t-on pas que leurs effets bien connus de retour de la nutrition et de l'augmentation du poids du malade ne doivent plus uniquement être attribués au brome et à l'iode, toutes deux substances toxiques et étrangères à notre économie ; mais qu'il faut mettre une grande partie de ces résultats heureux au compte des chlorures qui font partie intégrante de notre corps et qui lui sont indispensables ?

C'est qu'en effet les chlorures et surtout le chlorure de sodium jouent dans notre économie un rôle capital. Ce sel qui se trouve en dissolution dans l'eau de toutes les mers et en gisements épais dans la plupart des terrains, existe aussi chez les animaux, car il fait partie de toutes les humeurs animales en quantité plus grande et plus constante que les autres substances salines. Ce qui le prouve, c'est que les urines normales de l'homme, où les sulfates et les phosphates varient de un à trois grammes, renferment toujours de dix à treize grammes de chlorures.

Le chlorure de sodium se retrouve partout où des phénomènes cellulaires vitaux importants ont lieu ou ont eu lieu, ainsi dans le pus, dans le mucus, dans la synovie, dans le suc cancéreux, dans l'exsudat de l'hépatisation pulmonaire grise ; mais c'est surtout dans notre sang qu'il joue un rôle important. Nécessaire à la dissolution de toutes les substances protéiques, c'est grâce à lui que la fibrine et l'albumine sont dissoutes dans le sérum du sang où il préside aussi à la formation et à la conservation des globules. L'utilité du chlorure de sodium dans le conflit de l'oxygène avec les globules rouges du sang est prouvée par l'expérience bien connue qui consiste à jeter des cristaux de ce sel sur un caillot sanguin résultant d'une saignée ou d'une hémorrhagie. Une auréole rutilante entoure presque immédiatement chacun des morceaux de sel et un liquide d'un rouge vif forme des traînées se dirigeant du caillot vers les parties déclives

été mis en liberté, l'oxygène ayant libéré, et la persistance de la couleur jusqu'il ne se produit plus d'acide car-

l marin sur la nutrition est connue domestiques ont tous besoin de sel ; les en prive tandis qu'ils prennentarence lorsque leur ration alimentaire de rappeler les faits nombreux la population souffre pendant une e sel vient à lui faire défaut. « Mais concluante qu'aucune autre, parce l homme bien portant et qu'elle est garanties scientifiques. Le Dr r amour de la science à une expérience saignée lui a été faite avant tout ant trois mois, il a pris 10 grammes e en outre de sa ration ordinaire, atiquer une seconde émission sanguine sangs, exécutée par Poggiale, nution considérable de la proportion correspondante des principes de la deuxième saignée, avec e de remarque, que, tandis que enté que de 1/20, la proportion des e 1/10, au-dessus du chiffre pri-

de sodium sur la sanguinification nportance dans les effets reconstitux minérales prises en boisson ; ysiologiques récentes et peu convaleur encore en ce qui concerne

chlorure de sodium introduit dans le sang par l'urine et en augmente la richesse ; on ne retrouve pas de suite la dose entière ; le mécanisme ainsi que cela ressort des expériences de Voit et Feder (1).

Lorsqu'on fait avaler à un chien affamé une quantité de chlorure de sodium, il faut près de quatre heures pour que la quantité de chlorure contenue dans l'urine revienne à la normale.

Si au contraire l'on opère sur un lapin, l'excès de sel de cuisine qu'on lui a donné est éliminé un peu plus vite ; mais il faut toujours que tout le chlorure sodique de l'expérience soit éliminé. Ces diverses observations toutes les fois qu'on a étudié l'influence du chlorure sodique on a dû constater que l'augmentation de l'urée, comme l'augmentation de la quantité d'urine, étaient inséparables et variaient suivant la même loi.

Cette influence du chlorure sodique sur l'urée s'explique en ce qu'il accélère la diffusion des sucres et des sels à travers les parenchymes, de telle sorte que des quantités plus considérables d'albumine en circulation sont soumises aux forces désagrégeantes des cellules » (2).

Il est ainsi que les eaux chlorurées activent les phénomènes intimes de la nutrition, enlèvent les exsudats en dissolvant les substances albuminoïdes, augmentent les combustions et désépaississent les tissus : c'est ainsi que s'expliquent les succès dans les pléthores, les tumeurs, les engorgements, dans les métrites, péri ou para-métrites, et dans tous les cas de scrofule où l'on a affaire à des exsudats, à des adénopathies, à des tuméfactions ou à des obstructions dans la circulation lymphatique.

(1) Voit. Ueber den Einfluss des Kochsalzes auf den Stoffwechsel. München, 1860.

(2) Handbuch der allgemeinen Therapie de Dr H. v. Ziemssen 2<sup>e</sup> vol. Leipzig, p. 339.

ir l'ensemble de la constitution, il s'oppose de la scrofule, l'action salutaire des chlorurées sur les muqueuses. Dans les conjonctivites, les irrigations sont employées de vieille date, les frictions depuis longtemps maturati-

on des séquestres dans les affections par la circonstance déjà signalée est nécessaire à toutes les formes, en à celle du pus qu'à celle des ulcérineuses.

La valeur de l'importance dans la thérapeutique active les fonctions digestives, évacuation à fistules gastriques que la sécrétion du suc gastrique et qu'il se peptone; qu'il accélère aussi les fonctions de l'estomac, c'est pourquoi il est utile par pénurie de suc digestif et comme malgré sa grande solubilité dans l'eau, n'est pas absorbé par la muqueuse, émette une certaine quantité dans l'action purgative salutaire, toutes les affections intestinale et pléthore abdominale. Dans les eaux minérales prises en traitement, essentiel, toutefois nous ne voyons pas nous nions les effets du brome. On est que les chlorures ont une action directe, immédiate; tandis que le chlorure de sodium est une action indirecte, altérante, secondaire, tardive. Il convient fort bien les petites

des cas où l'iode a dans la scrofule des indications et où il est absolument indiqué. On semble de bonne pratique d'en prescrire une quantité à la dose renfermée dans

## REVUE DES MALADIES D

i chlorurée ; c'est lorsqu'il s'agit par un embonpoint exagéré, orgés, une peau épaisse, blafarde, les extrémités froides et bleues, les scrofuleux amaigris, plus ou moins souffert ou souffrent encore de rhumatismes ou articulaires, l'iode est loin de produire des résultats de faiblesse ; souvent même il provoque une cachexie iodique, c'est à dire, un sur-appétit exagéré, des palpitations nerveuses rappelant tout à la fois la fièvre.

Les effets de l'iode, si différents et si variés nous sur une foule d'observations nous prouvent qu'il n'a absolument aucune action directe, lorsqu'il rétablit une constipation indirecte, en amenant l'écoulement des fonctions vitales et en favorisant la circulation lymphatique.

L'iode nous semble donc devoir être employé avec précaution ; il ne faut point en faire un remède banal, surtout dans la thérapeutique des scrofuleux ; nous parlons de la manière pharmaceutique ; dans les préparations pharmaceutiques ; dans les bains, il présente plus les mêmes dangers que dans le état de mélange dans lequel il est employé avec les autres sels lui enlevant sa vertu ; il voit donc combien les eaux salées et combien leur usage interne est dangereux dans la constitution scrofuleuse, surtout si elle est compliquée, comme nous l'avons dit, de rhumatismes, suivant l'usage qu'on en fait. Nous terminons les formes de la scrofuleuse par en finir avec la question de

encore sur les doses approximatives à administrer. Que l'eau d'une source soit forte, du moment où la quantité prise dans une journée contient plus de 1 gramme de sel, le produit de l'irritation, de l'émoussement de l'indigestion et des vomissements plus forte n'amène pas d'effet pur. En question ne soit en même temps d'écarter qu'un adulte prend en général 1 gramme de chlorure de sodium par jour avec ses aliments, une saline un peu forte sa ration quotidienne à peu près doublée.

de boire les eaux salées froides ou chaudes a l'avantage d'être rapidement muqueuse stomacale, il n'en arrive pas dans l'intestin, si bien qu'elle peut être comme si avec des chlorures elle rendrait qu'une eau salée froide est peu efficace. La basse irrite la muqueuse de l'estomac séjourne peu; tous ses effets sont  
(A suivre.)

## SUR DEUX CAS DU GENOU CHEZ L'ENFANT

racontées dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, interne de l'hôpital des Enfants-Malades.

Long dans les articulations, et en particulier au genou, n'est pas, il s'en faut de beaucoup, rencontré communément dans les enfants. Pendant les deux années d'internat dans le service de M. Péan à l'hôpital, nous n'avons eu l'occasion d'en voir que

## REVUE DES MALADIES

exemples. Rare chez l'adulte, plus rare chez l'enfant. C'est ce qui nous a valu ce cas d'hémarthrose du genou, survenu quelques mois d'intervalle dans la famille de M. de Saint-Germans.

**1. 1. — Hémarthrose du genou droit, compression ouatée. Guérison.** — 8 ans, entre le 23 février 1887 et le 15 mars. — Le malade s'étant levé en courant, lorsque son genou droit se comprime. La douleur fut très vive, mais disparut chez lui. Les vêtements du genou droit étaient gonflés, rouges. La nuit, les douleurs ont diminué, il a dormi. Mais ce matin, à la suite d'un effort, les douleurs ont augmenté, les parents se sont dérangés et l'ont amené à l'hôpital.

**État actuel.** — Genou droit très gonflé, qui lui donne l'aspect globuleux. La peau est rosée et légèrement excoriée par le frottement de la roue de la voiture. La température, environ, descendant de la moitié supérieure de la jambe.

À la palpation, qui est douloureuse, on ne sent rien, pas de crépitation. Pas de chaleur, pas de points douloureux perceptibles à la main.

La jambe est demi-fléchie sur la cuisse. Les mouvements spontanés sont limités. Les mouvements communiqués sont également anormaux.

Température légère TA = 37°,5. État général satisfaisant.

Immobilisation du membre inférieur par une gouttière métallique ; application d'une solution saturée de chlorhydrique.

## D'HÉMARTHROSE DU GENOU 271

ou a disparu, mais le gonflement n'a pas pression ouatée très serrée, depuis les nisse. Repos absolu au lit.

ré, amélioration considérable, l'épanche-  
nitié. Absence de douleurs articulaires.

age roulé. Plus de tuméfaction du genou.  
ent sur les culs-de-sac latéraux et supé-  
ient à refouler sous la rotule une petite  
ir le choc rotulien. La marche est facile

ii par ses parents, il portera une genouil-  
s'il éprouvait de la difficulté à marcher.

*du genou par entorse. Immobilisa-  
guérison rapide. — Roth... Eugène,  
e Saint-Côme, n° 27.*

oirée d'hier, en courant dans la cour de  
ache contre un pavé disjoint, est tombé  
n'a pu se relever à cause de l'intensité  
s le genou gauche. Cette douleur a même  
né presque aussitôt une lipothymie, pas-  
t fait aussitôt transporter à l'hôpital où  
un gonflement notable du genou et a  
dans une gouttière métallique après avoir  
s imbibées d'eau blanche.

n, nous constatons les symptômes sui-  
ré de la gouttière, a tendance à reposer  
la jambe s'infléchit légèrement sur la  
idu et présente une forme globuleuse,  
de changement de coloration de la peau  
trouve une légère ecchymose.

peu douloureuse et permet d'apprécier  
rature locale. Il existe une fluctuation  
ien : la quantité de liquide est considé-  
tés osseuses du fémur et du tibia, ainsi  
stence d'aucune fracture. Il existe deux



points douloureux, l'un à la partie i plateau tibial : ce dernier correspon

Il est assez difficile de ramener le de lui imprimer des mouvements de culaires se correspondent bien et tenir exclusivement à l'abondance d bilité d'imprimer des mouvements s térieurs.

Pas de fièvre. Etat général excell rachitisme.

Le membre inférieur est remis d genou, application de compresses im hydrate d'ammoniaque.

12 avril. Les douleurs ont diminu Compression ouatée énergique, dep membre.

Le 23. Nous enlevons l'appareil liquide; disparition de l'ecchymose ments faciles, mais extension encore

Le 30. Nous cessons la compressi plus de choc rotulien. Le liquide par est facile et indolente.

1<sup>er</sup> mai. — Le malade est renvo temps une genouillère. Nous l'avon

L'intérêt qui s'attache à noi fois dans la pathogénie et le trouve, en effet, chez nos mal logiques : contusion violente ordinairement l'apparition de à dire de la première, la plu moins intéressante. Mais la sec importants, parmi lesquels il f paru en 1879 dans le *Progrès*

Reprenant les expériences attaché à produire les lésions genou pour élucider la pathog intra-articulaire qui la complic

it dans la rotation en dedans de la sur la cuisse et dans la rotation en position de la jambe par rapport à cas, le sang provient de l'arrachement spongieux situé en arrière et en ardy par la tension subite et excess de l'aponévrose fémorale qui s'y ion de cette perte de substance r de l'articulation, par l'intermédiaire l'envahissement rapide de l'une épiphyse que les recherches onnaître depuis longtemps comme nomie. Dans la rotation en dehors,

la cause de l'hémorrhagie réside dans la déchirure, généralement légère, des ligaments croisés ou adipeux.

Que s'est-il passé chez notre second malade ? A coup sûr, il y a eu entorse : le fait seul de la flexion de la jambe sous la cuisse au moment de la chute nous le prouve suffisamment. Quant à savoir si la jambe était tournée en dedans ou en dehors, il n'y faut pas songer, le petit malade ne pouvant donner, comme toujours d'ailleurs, de renseignement précis à ce sujet.

L'existence, chez notre malade, d'un point douloureux à la partie interne du plateau tibial correspondant à l'insertion inférieure du ligament latéral interne est un symptôme banal des hémarthroses du genou, signalé depuis 1866 par Thévenot et n'indiquant nullement la déchirure de ce ligament à son insertion ou l'arrachement de ce point d'insertion ; puisque Segond, dans ses expériences, n'a jamais trouvé rien de semblable et n'a constaté que le simple tiraillement de ce ligament.

Il convient, d'autre part, de remarquer chez notre malade l'absence de signes indiquant l'arrachement de la parcelle de tissu osseux qui est, pour Segond, la lésion constante et caractéristique d'une variété d'entorse du genou. Il semblerait cependant qu'en raison de la congestion physiologique

de cette extrémité du tibia chez l'enfant et la lésion dût être plus fréquente chez eux que

Quoi qu'il en soit, en l'absence de points nettement établis et de mouvements anormaux d'ailleurs dans les hémarthroses du genou, nous sommes forcés de faire notre diagnostic pathogénique et d'attribuer l'épanchement de sang à un hématome adipeux ou des ligaments croisés.

Les quelques particularités relatives à la maladie ont été, dans nos deux observations : l'absence de la douleur, si vive chez le second enfant, déterminée une lipothymie; puis l'existence, chez le premier malade, d'une légère arthrite traumatique, l'épanchement de sang et caractérisée par la rougeur des téguments et l'augmentation de température locale que Terrillon a toujours rencontrée dans les hématomes du genou; et enfin l'absence, dans les deux cas, de la fluctuation et la crépitation, mais qui n'ont été rencontrés qu'exceptionnellement par Terrillon et par Segond. Nous avons dû baser les éléments de notre diagnostic sur l'abondance de l'épanchement, symptômes surtout, selon la remarque de Segond, à la fois pathognomonique.

La rapidité de la guérison : tel est certainement le fait le plus saillant qui ressort de nos deux observations. On a admis que les épanchements de sang intra-articulaires résorbent toutes les peines du monde à se résorber spontanément, la compression et les révulsifs. A l'avenir, la ponction est-elle devenue la méthode préférée, cédant elle-même la place à l'incision franchement faite, la résorption tarde à se faire malgré les ponctions répétées.

En dépit de l'innocuité de la ponction, depuis l'avènement de la méthode antiseptique, on fera bien de les réserver chez l'enfant.

aux moyens simples de traitement. Si par la rapidité de la résorption de l'hé-  
deux malades, à la suite de l'immobilisa-  
ssion ouatée (21 jours chez le premier et  
second malade), la persistance indéfinie  
qui est la règle chez l'adulte, serait l'ex-  
nt. Nous croyons en trouver la raison  
des échanges nutritifs et l'activité plus  
nes d'osmose que démontre suffisamment  
ide chez l'enfant, de la plupart des  
as le cas particulier qui nous occupe,  
e de l'épiphyse supérieure du tibia chez  
nous semble, par une action de voisinage,  
sparition des épanchements sanguins du  
e le voisinage des poumons, organes très  
mpte de la résorption rapide des épanche-  
on la compare à la lenteur de l'évolution  
achements dans les autres séreuses,  
bilité de l'existence chez l'enfant de l'hé-  
, peut-être même fréquence plus grande  
explicable par la richesse vasculaire et  
re de la région, mais non encore démon-  
cliniques, enfin et surtout rapidité de la  
tion par des moyens simples, tels que  
la compression ouatée : voilà les deux  
nous croyons avoir mises en relief en  
ant une affection qu'on n'avait jusqu'ici  
dulte.

---

## REVUES DIVERSES

---

**a bei Kindern.** (De l'impétigo contagieux des  
viv f. *Kinderheilkunde*. T. VIII. Fasc. 3. Cen-  
n° 3). C'est en 1864 que Tilbury Fox attira l'atten-

tion sur l'impetigo contagiosa des enfants. Plus de description minutieuse de cette maladie. Cette maladie est rare, quoiqu'on la trouve à peine mentionnée. La plupart des médecins la confondent avec l'eczéma, qu'elle se distingue nettement de cette maladie par ses caractères cliniques typiques. Dans l'espace de dix ans, j'ai l'occasion d'observer dans douze familles différentes l'impetigo contagiosa dont 29 chez des enfants et 11 chez des adultes. L'impetigo contagiosa de Fox constitue une variété, ayant des symptômes cliniques particuliers.

Il s'agit d'une maladie infantile éminemment contagieuse, transmise exclusivement par contact direct, et se localisant sur le corps de l'individu infecté. L'exanthème se présente de la façon suivante :

Sur une surface plus ou moins étendue de la peau, sans aucune inflammation préalable, on voit survenir des symptômes généraux le plus souvent de moyenne intensité, des pustules volumineuses qui, en se desséchant, se recouvrent d'abord d'une coloration jaunâtre, puis brunes. Dans l'intervalle des pustules plus ou moins confluentes, la peau est normale, sans aucune trace d'exfoliation, d'inflammation. Par suite d'une exsudation consécutive, les croûtes se détachent et présentent une étendue moyenne de 2 centimètres de diamètre à la peau et légèrement proéminentes. Elles occasionnent que très peu de démangeaisons. Sur le tronc, elles siègent de préférence sur les membres. La peau sous-jacente n'est pas enflammée. Après la guérison, persiste une légère pigmentation qui disparaît avec le temps. Elles peuvent également envahir la muqueuse des lèvres et déterminer alors des lésions analogues à celles de la maladie. La maladie peut avoir une marche rapide et ne durer que quelques jours. Dans d'autres cas, son évolution est beaucoup plus longue, pendant une série d'auto-inoculations successives, pendant des années; cette forme se rencontre fréquemment chez les enfants scrofuleux. Il est à remarquer que l'impetigo ne généralise jamais à la façon des exanthèmes aigus.

L'impetigo contagiosa est essentiellement une maladie infantile. On l'observe beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

stitution plus délicate de la peau et à sa  
 âge. On l'observe de préférence aussi chez  
 s, où elle sévit fréquemment sous forme  
 d'une part, et d'autre part les résultats  
 moyen d'inoculations directes avec le con-  
 fessamment que la maladie est contagieuse  
 rticulier, spécifique. Suivant l'auteur les  
 ment infectés à l'école, ou pendant leurs  
 'auteur, un enfant bien portant jusque-là  
 ' d'un camarade atteint d'impétigo du cuir  
 l fut atteint de la même maladie, et celle-  
 ment à tous les membres de la famille.  
 propage souvent par l'intermédiaire des  
 ges, peignes, qui servent à tous les mem-

pas encore connue jusqu'ici. Kaposi, le  
 er, Payre, Piffard, etc. ont trouvé des  
 des pustules. Par contre, les recherches  
 même point de vue, ont été négatives.  
 utieux et la surveillance attentive des  
 r traitement prophylactique. L'auteur a  
 le traitement de cette maladie, par les  
 blimé (1 p. mille) et les bains de sublimé.

**otitis communis in diphtheritisch — scar-**  
**sgaug in Genesung.** (Un cas de ligature  
 e d'un abcès scarlatineux avec guérison),  
*urger med. Wochenschr.*, 1887, n° 8.  
 tteinte de scarlatine. Consécutivement an-  
 on des ganglions cervicaux du côté droit.  
 . incision de l'abcès. Au bout de plusieurs  
 ns la cavité de l'abcès, qui s'arrêta après  
 L'auteur, ayant vu pour la première fois  
 ), rechercha le foyer de l'hémorrhagie et  
 de ou au moins une de ses branches termi-  
 à la petite malade déjà considérablement  
 sang il pratiqua immédiatement la ligature  
 ous de la cavité de l'abcès, au niveau du  
 près l'opération il survint subitement du

délire, des contractures convulsives de la moitié gauche de la face et du tronc ; deux jours plus tard les deux extrémités du côté gauche se trouvaient complètement paralysées. La paralysie du membre inférieur fut de courte durée, il avait recouvré sa mobilité normale déjà au bout de quinze jours. La paralysie du membre inférieur, par contre, ne disparut pas complètement ; six mois après la ligature, on pouvait encore noter une paralysie marquée des extenseurs de la main gauche. Il subsistait en outre des symptômes très nets d'une nutrition imparfaite de l'écorce cérébrale, car après sa maladie l'intelligence de cette enfant resta passablement obtuse. Relativement à cette dépression intellectuelle, l'auteur se demande si elle n'est pas une conséquence directe des deux facteurs : infection diphtéritique et ligature de la carotide.

---

**Hereditäre Lues oder congenitale Rachitis.** (Syphilis héréditaire ou rachitisme congénital), par M. HERZ. (Internationale klinische Rundschau, 1887, nos 1 à 3. Centralbl. für Kinderheilk, n° 1. Chez un enfant âgé de sept semaines, dont le développement était incomplet (poids 2790 gr., longueur totale du corps 48 centim.) l'auteur a observé les symptômes suivants : coryza purulent chronique, tuméfactions douloureuses multiples des extrémités épiphysaires au niveau des articulations du coude et du genou, contracture de ces articulations, tétanie des articulations des phalanges, enfin contracture tonique spéciale de la langue qui était pressée constamment contre la voûte palatine. Il s'agissait dans ce cas d'établir le diagnostic différentiel entre la syphilis héréditaire et le rachitisme congénital. A ne considérer que les lésions macroscopiques des os, on pouvait parfaitement bien diagnostiquer un rachitisme congénital. Cependant une étude de l'ensemble des altérations du squelette mène à un tout autre résultat. Le développement de la tête est normal, il n'existe pas de craniotabes, mais un épaississement des arcades zygomatiques, et une malformation du maxillaire inférieur. En outre le thorax est comprimé d'avant en arrière, mais non point latéralement, les cartilages costaux sont intacts, la colonne vertébrale enfin est normale, tandis que les épiphyses du coude et du genou sont seules le siège d'une prolifération osseuse considérable. Il est fort vraisemblable que ces altérations osseuses sont en rapport, non pas avec un rachitisme intra-utérin, mais avec une syphilis héréditaire.

Bien que dans les antécédents héréditaires, on ne trouve aucun indice d'affection syphilitique, l'auteur conclut néanmoins à l'existence d'une syphilis congénitale chez ce petit malade, en se basant sur l'ensemble

des symptômes observés, principalement sur l'aspect atrophie cachectique de la peau, le coryza chronique, et enfin les symptômes myo et névropathiques (contractures, tétanies). Ces derniers symptômes seraient le résultat d'une infection syphilitique du système nerveux central.

---

**Tuberculose der Haut und der Schleimhäute.** (De la tuberculose de la peau et des muqueuses), par E. SCHWIMMER. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. und Syph., 1887, fasc. I. Centralbl. f. Kinderhk, n° 1). — L'auteur cherche à démontrer que l'axiome établi en premier lieu par Volkmann et Friedländer : « Le lupus est une tuberculose locale de la peau » n'est pas absolument vrai au point de vue clinique et que ces deux processus se distinguent nettement l'un de l'autre, bien que l'on trouve, d'une façon constante, dans le lupus, les bacilles caractéristiques de la tuberculose. Ces deux affections doivent être, d'après l'auteur, complètement séparées l'une de l'autre pour les raisons suivantes :

1° La tuberculose cutanée vraie est excessivement rare, tandis que le lupus est relativement très fréquent. En outre le mode de développement diffère complètement dans les deux processus.

2° A l'encontre du lupus la tuberculose primitive s'observe presque exclusivement sur les muqueuses d'où elle envahit progressivement la surface cutanée.

3° Les dermatoses lueuses et tuberculeuses ne retentissent pas de la même façon sur l'ensemble de l'organisme. La tuberculose cutanée annonce toujours une infection de l'organisme tout entier et se termine toujours par la mort. Le lupus au contraire peut persister avec ses caractères propres depuis l'enfance jusqu'à un âge très avancé, sans provoquer le développement de la tuberculose dans les poumons.

4° Enfin, les bacilles eux-mêmes ne se comportent pas de la même façon dans le lupus et dans la tuberculose. Dans le premier de ces processus leur nombre est très limité, dans la tuberculose vraie de la peau au contraire, on les rencontre toujours en quantités considérables. Il est vrai qu'il n'existe aucune différence morphologique entre le bacille du lupus et celui de la peau, mais on ne saurait guère mieux différencier morphologiquement le bacille de la lèpre d'avec celui de la syphilis. Si le bacille du lupus était véritablement identique au bacille de la tuberculose, l'inoculation du poison tuberculeux produirait sûrement le lupus inversément. Ainsi donc, même au point de vue bactériologique l'identité de ces deux affections est loin d'être certaine.

---



**Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt.** (Traitement d'un cas de chorée par l'antipyrine), par WOLLUER. (Münchener medic. Wochenschr., 1887, n° 5). — Une petite fille âgée de 16 ans est prise de violents mouvements choréiques à la suite d'un rhumatisme articulaire. On lui administra successivement du bromure de potassium, de la propylamine, du salicylate de soude, sans qu'aucun de ces médicaments ne produisit la moindre amélioration. L'auteur eut alors l'idée de lui prescrire l'antipyrine à la dose de 3 gr. par jour. Sous l'influence de cette médication, l'amélioration fut très rapide, l'enfant recouvra presque immédiatement le sommeil et les mouvements choréiques avaient complètement cessé au bout de douze jours.

---

**Ueber Thallinbehandlung des Typhus abdominalis im Kindesalter.** (De la thalline dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants), par O. KOHTS. (Thérapeutische Monatshefte, 1887, n° 1. Centralbl. f. Kinderhk, n° 6). Dans ce travail l'auteur fait part des résultats que lui a donnés la thalline dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les malades de la Clinique infantile de Strasbourg.

Il a administré à tous ses malades de préférence le sulfate de thalline, parce que le tartrate et le tannate de thalline ne paraissent pas avoir une action antifièvre aussi intense et aussi rapide et que ces derniers sels doivent être employés à des doses plus considérables que la première préparation. Chez les enfants plus âgés, le médicament doit être donné de préférence sous forme de poudre dans des cachets, les enfants plus jeunes le prennent facilement dans de l'eau sucrée ou du vin. Suivant l'âge de l'enfant chaque dose varie de 0 gr. 03 à 0,05 centigr. et de 0,10 à 0,15 centigr. La dose moyenne est de 0,05 à 0,10 centigr. La deuxième ou la troisième dose varie suivant l'action qu'on a obtenue par la première. Ainsi, si après la première dose, la température persiste à 39°, ou 40° et au delà, on administre de 0,05 à 0,10 centigr. de thalline les fois suivantes, chez les enfants plus âgés (10 à 13 ans), chaque dose peut s'élever jusqu'à 0,15 centigr. Lorsqu'au contraire, sous l'influence du médicament, la température oscille entre 37°,6 et 38°,4, la dose de sulfate de thalline n'est que de 0,03 à 0,05 centigr.

Les malades qui ont été soumis à cette médication par l'auteur sont au nombre de 24, dont 15 garçons et 9 filles, âgés de 2 à 13 ans. La durée de la fièvre typhoïde a été en moyenne de 12 à 20 jours, y compris la période qui a précédé leur admission à l'hôpital. La quantité totale de thalline administrée dans un cas déterminé a oscillé entre 0,15 et 14,08.

bserva de rémission notable qu'a-  
dose et dès ce moment-là la tempé-  
me sous-normale. La rémission per-  
rarement plus longtemps.

s transpirations généralement modé-  
la température. L'auteur n'a jamais  
vements ou de véritables frissons.

ations que la température, la respi-  
nfluencée par le médicament. Chez  
ntact et l'état général relativement  
tée.

on sur le processus intestinal et sur  
se persistait aussi longtemps que la  
t ensuite assez rapidement. La lon-  
cune complication du côté des reins.  
l'auteur, c'est l'aspect cachectique,  
té soumis pendant un temps assez  
ence, dans ces cas, avait une durée  
possible que cet état cachectique  
l'organisme par la thalline.

nt de la fièvre typhoïde la thalline  
ulièrement à l'antipyrine et à l'hy-  
nt de cesser l'emploi dès le début  
gissant ainsi, on évite presque sûre-

G. BOEHLER.

---

**L'oreille et du conduit auditif**  
f de clinique chirurgicale, *Société*  
anvier 1887, dans le *Journal des*  
5 avril 1887.

. de Politzer sont à peu près muets  
du conduit auditif externe qui ont  
erprétation des faits tératologiques,  
une importante étude.

analysé deux cas.

malformation à l'oreille gauche.  
forme une dépression peu profonde ;  
is mais pas de traces d'antitragus,

atresie du conduit auditif; pas de dépression en l'endroit où l'hélix adhère à la peau du crâne, il permettant l'introduction d'un stylet et s'enfonçant

II. Jeune homme de 22 ans. Déformation con de l'oreille droite incomplètement développée. L'ac développée à gauche que du côté imperforé.

L'hélix est normal, l'anthélix, très irrégulier, saillies séparées par des aufractuosités.

Les cartilages du tragus et de l'antitragus sont d'eux, se trouve une dépression de forme naviculaire rudiment du conduit auditif externe. Un peu du tragus, se trouve un petit pertuis arrondi, fo de 3 millim. de profondeur.

Ce petit pertuis se trouve quelquefois chez les su, il est toujours situé en avant du conduit auditif nor

L'interprétation des faits ne peut avoir lieu qu du développement.

Le conduit auditif externe, d'après les recher et de Moldenhauer, n'est pas le vestige de la premi Il est produit par une invagination latérale du re cul-de-sac qui le termine forme la membrane du tyn

Si l'invagination du feuillet cutané ne se produit p du conduit auditif.

D'après la théorie d'Urbantschitsch (1) les petite siègeant à la racine de l'hélix, qu'Heusinger a le interprétées, ne sont pas autre chose que le vestige branchiale; quelquefois elles sécrètent un liquide fois elles forment de véritables kystes congénitaux communiquent avec le pharynx. Le plus souvent, un *trou boigne* d'une profondeur plus ou moins naissable par son siège qui est invariable et occupe l'hélix. Il semble qu'on devrait lui donner le nom d

---

**Sull'identità della Scrofola colla Tubercolosi (scrofule avec la tuberculose), par le professeur F Rivista clinica e terapeutica d'avril 1887.**

---

(1) V. *Traité des maladies de l'oreille*, par Urbantschitsch. Paris, 1881.

## ES DIVERSES

scrofuleuses et tuberculeuses qui,  
été de nouveau remise en ques  
osée à l'Académie des sciences .

ice les conséquences suivantes :  
reproduit l'infection chez les co

anaire ne produit pas de tubercu  
produit chez ces animaux aucu

.vent qu'il s'agit ou d'un virus abs  
même nature, mais à un degré

ons d'Arloing les recherches fau  
ratiquées pendant l'année scolair  
caséux des glandes cervicales  
Dr Penta (assistant) ont const  
berculeux.

1885, l'infection tuberculeuse s'e  
payes après l'inoculation sous la  
mphe, extrait de la région sous-o  
de scrofule torpide. Un de ces  
t des lésions de tuberculose asse  
urs, était parfaitement sain.

*guée à la clinique de Renzi*

oculé à un cobaye, puis 14 jour  
loroforme.

de, les glandes lymphatiques hy  
(la tuberculose). Une de ces g  
, a été délayée dans deux gram  
rec cette émulsion, des inoculati  
ois lapins, dans le tissu cellulai  
. pour un lapin, dans le poutmon

*sie de ces animaux sacrifiés*

ophie des ganglions lymphatiqu

tout du côté de l'inoculation.

Rate augmentée 4 fois de son v

2. Cobaye (27 jours). Hypert  
tout du côté injecté.

3. Cobaye (39 jours). Tuberc  
lymphatiques. Rate très hypert

4. Lapin (36 jours), inoculé  
dépôt caséeux au point d'inocul  
voisinage. Organes sains. Gang  
légèrement hypertrophiés du cô

5 et 6. Deux lapins (38 et 39  
Petits tubercules à la superfici  
d'épanchement pleural.

Ces résultats démontrent clai

1° Le virus scrofuleux est ider  
les animaux en expérience les r

2° Le virus des glandes lymph  
chez les cobayes, des lésions vi  
cules dans le poumon.

3° Aucun résultat des expéri  
fuleux comme un virus tubercul

---

**Cas de coma diabétique chez**  
**physiologie pathologique, par**  
*Revue médicale de la Suiss*

Suivant les conclusions de  
nombreuses observations, les r  
sucre succombaient fréquemment  
phénomènes d'intoxication qu'o  
*tonémie.*

M. Prévost a publié l'observ  
père alcoolique, possédant trois  
sans antécédent névropathique  
et bien portante, elle commença  
Glycose, 70 grammes par litre,  
verses alternatives de traitemen

---

(1) H. Leroux. *Etude sur le di*  
1880 et Paris, 1881.

:

potassium a  
ôt cessée a  
tombée dan  
le a succor  
*microscop*  
peu de con  
uns localisa  
: dégénères  
ractéristiqu  
u liquide c  
broyée, par  
présence d

me dans l'u  
tte substan  
ques).  
l'acétone, p  
s ayant su

naux à la s  
xpériences  
einer, Kien  
r Botto Sci

one, mais de  
es éthyl-ac  
que (Stade  
t aldéhydes  
acétone et  
sent augme

à la formati  
là qu'est so  
recte de sc

commun ave  
a période c

45 eentin

normale par kilog. d'animal, produit chez fesseur Bouchard (1), le myosis, la somnolante, une diminution de température, palpébraux, l'exophthalmie et la mort avec

On constate rarement l'albuminurie chez

Les injections d'eau, d'après M. le professeur chez les lapins qu'à la dose de 90 cen

L'injection d'urine sucrée faite par les lapins en expérience, une urine trouble, achevée on n'obtient plus que l'urine normale. Les phénomènes observés sont sensiblement les mêmes dans l'injection de l'urine normale.

---

**Un caso di tubercolosi cerebro-spinale**  
tuberculose cérébro-spinale chez un jeune *dica di Roma*, d'après *l'Archiv. di P.* Dr Concetti a rapporté le cas d'un enfant présenté dans ses jeunes années de l'ecz dans la dentition, des accès prolongés de rougeole, avec des phénomènes pulmonaires. Il est entré à l'hôpital du St-Esprit à Rome, menés fébriles accompagnés de douleurs irradiant dans tout le membre inférieur droit.

A son entrée on constate un amaigrissement souvent interrompue, thorax en carène, sillons naso-labiaux, abaissement de la pupille droite rétrécie, pupille gauche un peu complète du membre supérieur droit et du même côté. Sensibilité générale normale très faible (à 104). Percussion obtuse à la base et râles humides, à grosses ou moyennes bull amphorique. A gauche respiration soufflant

La paralysie du côté droit était venue graduellement les muscles d'un côté de l'axe spinal. La droite avait suivi celle du membre inférieur montrée que peu de jours avant l'entrée à

---

1) V. C. Bouchard. *Leçons sur les auto-*  
Paris, 1887

vers la gauche et d'une recrudescence des douleurs céphalalgie, de vomissements.

. 36°,07 — 38°,06), il y eut des accès convulsifs, du strabisme, du délire, de la paralyse terminée par la mort dans le coma.

par le professeur Marchiafava on trouva une éruption miliaire diffuse, avec un commencement de méningite, à la base du cerveau. Dans le lobe pariétal de l'hémisphère droit, on nota l'existence d'une tumeur grosse comme un pois chiche de nature caséuse. D'autres tubercules de même nature furent trouvés dans la branche postérieure de la capsule interne et dans le noyau lenticulaire. On en trouva aussi deux à la partie gauche du cervelet. La pie-mère qui recouvre la partie antérieure de la moelle était parsemée d'innombrables tubercules miliaires. Au niveau du renflement lombaire, cette membrane était épaissie, fibreuse, avec un exsudat jaunâtre et recouverte de petits tubercules miliaires de date récente. Une coupe transversale de la moelle en ce point, a montré un tubercule isolé, caséux, occupant le cordon antérieur. On n'a pas manqué de trouver en quantité des lésions d'origine tuberculeuse dans l'appareil respiratoire, dans les glandes lymphatiques du médiastin, dans la rate et le foie.

**De la fréquence de la tuberculose du premier âge,** par M. le Dr LANDOUZY, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. Dans la *Revue de médecine* du 10 mai 1887. Depuis quelques années, il se fait au nom de la clinique, une réaction contre l'opinion, partout reproduite, d'après laquelle la tuberculose serait extrêmement rare dans le premier âge.

L'auteur qui dirige la crèche de médecine à l'hôpital Tenon et qui fait l'autopsie de tous les bébés qui y succombent a été frappé de la fréquence de la tuberculose chez les enfants de moins de deux ans, dont un grand nombre sont envoyés avec le diagnostic *athrepsie*. Il a attiré sur ce fait l'attention de la *Société médicale des hôpitaux* (Communication de, du 9 avril 1886) et provoqué un de ses internes M. Queyrat à le prendre pour sujet de sa thèse inaugurale (1).

Les professeurs Damaschino (2) et Lannelongue (3), de par leur expérience hospitalière, affirment également la fréquence notable de la tuberculose au premier âge.

1) *Contribution à la tuberculose du premier âge*. Paris, Masson, 1886.

2) Communication orale, *Soc. méd. des hôp.* Séance 23 avril 1886.

3) *Tuberculose externe congénitale et précoce*. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose, publié par Verneuil. Masson, 1887, p. 78.



Il ne s'agit pas là d'une de ces séries, co en clinique. Cette année, comme en 1886, e guère de quinzaine sans que l'auteur ait l'o bébé tuberculeux de quelques semaines ou

Le premier trimestre de l'année 1887 a tissent sur les âges suivants : six semaines mois, sept mois, dix mois, un an.

A ne s'en tenir qu'à ces sept observation tuberculose (tantôt pulmonaire, tantôt ex viscérale et ganglionnaire, tantôt diffuse croscopiquement évidente. La tuberculose : de six semaines à un an dans une popul trimestre. Sur ces 127 enfants, 23 seule le chiffre énorme de sept morts par tuberc

La question de contagion nosocomiale e enfants qui ont ainsi succombé sont entrés t ce fait. Dr

## VARIÉTÉ

**Bibliothèque Médicale de l'Hôpital St-L chirurgiens de l'Hôpital St-Louis vienn pital une BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE.**

Les fondateurs de cette bibliothèque f reux de tous leurs confrères de la Fr venir à leur aide dans la réalisation de rale et internationale.

On est prié d'adresser les envois Paris, 40, rue Bichat, sous le nom de secrétaire de la bibliothèque.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpi E. VIDAL, Ernest BESNIER, A. FOURNIE PEAN, LE DENTU, PORAK.

*Le géra*

ENSUELLE

28

E L'ENFANCE

t 1887

---

ORIGINAUX

---

E DIPHTHÉRIQUE

DGASTRIQUE

(Académie de médecine)

en interne des hôpitaux de Paris.

---

RIQUE

3 recherches sur une maladie  
nents, si ce n'est dans Hippo-  
rs anciens. Il n'en est pas de  
x médecins de notre siècle que  
isement étudié cette affection.  
némoire ne sont guère connus  
'années. C'est un médecin de  
ublié la première observation  
science de la diphthérie.

z grand nombre de médecins  
t on peut diviser leurs travaux  
ant la cause des accidents à  
à des troubles nerveux.

Pour bien résumer les travaux relatifs ne suivrons pas l'ordre chronologique du mot; mais nous résumerons séparément deux écoles.

*Théorie cardiaque.* — En 1842 parut, d'hôpitaux de Linz, l'observation de Wer individu mort subitement à la suite d'une tique. Dans l'autopsie pratiquée par W trouva dans l'oreillette et le ventricule ga qui ne lui semblèrent pas cadavériques attribua la mort subite.

En 1852 parut à Vienne un mémoire d ferme trois observations dans lesquelles topsie des caillots présentant tout à fait ceux qui avaient tant frappé Werner l'observation du médecin de Linz elles la conviction du corps médical autrichier

A peu près à la même époque on com question en Angleterre, et Richardson fa bien il est fréquent de trouver des caillot diphthéritiques; il décrit un certain non permettant de distinguer l'asphyxie par le cœur ou l'asphyxie par le poumon. En 1858, dans le *British Medical Journal*, Barry publie également trois observations de caillots trouvés dans les cavités droites du cœur chez des individus morts rapidement dans la convalescence de la diphthérie.

En 1864 parut, dans l'*American Journal of Sciences*, un mémoire de Meigs relatant trois cas à peu près analogues; il s'agit toujours de la découverte dans le cœur de caillots ante mortem. La première observation de l'école cardiaque en France fut publiée par Beau, dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1858; mais elle pêche par la base, n'ayant pas été suivie d'autopsie. Huit ans après tous les arguments de cette école furent très bien résumés dans la thèse de Gerlier (1866).

Gerlier fait d'abord observer que la plupart des auteurs ayant publié leurs observations, à peu près à la même épo-

rents, leur opinion en acquiert une  
ensuite un certain nombre de tra-  
t permis de reproduire sur les ani-  
hez l'homme. Enfin il s'appuie sur  
s, entre autres sur deux cas qui  
geron en 1862. Il s'agit d'enfants  
croup; dans les deux cas on fut  
héotomie. Il n'y eut point de com-  
and ils moururent tous deux, pré-  
font l'objet de ce travail.

binson (*Thèse de Paris*, 1872),  
nent les arguments de la mort  
e, voici les conclusions de sa

liaque est une complication assez

neux, élastiques, entortillés entre  
rent intimement aux parois du  
mort.

t souvent en dehors de l'agonie,  
t loin d'être arrivés à l'extrême  
connus plusieurs fois quand l'en-  
scence, alors que tout faisait pré-  
ine;

lieu à des symptômes très graves  
onner la présence;

ces concrétions a de l'importance  
ronostic et du traitement puisque,  
dans le cours de la diphthérie, rend  
que certaine, et que, d'autre part,  
ans quelques cas, l'opération de la

ypiformes sont fréquemment la  
lequel se trouve le malade et non  
même.

venir d'une manière subite, immé-

diatement après le début des accidents, état d'anxiété, d'angoisse plus ou moins

Dans cette thèse généralement pleine de bizarres contradictions ; ainsi Reithrombose cardiaque produit la mort d'état du croup ; or tout le monde sait que Beverley Robinson attribue à la thrombose vent toujours pendant la convalescence une opinion aussi erronée il en donne une fausse qui découle, du reste, de sa première en effet que les symptômes produits par la thrombose ressemblent à ceux du croup et que des médecins ont pratiqué la trachéotomie cela nous paraît absolument impossible.

A côté de la mort subite par thrombose il y a une autre théorie qui attribue les accidents à la diphtérie. Cette opinion fut soutenue pour la première fois par Bridger John (*Médecin*), qui a soigné trois mille cas de diphtérie et traiterait très fréquemment comme complications la péricardite, et enfin l'endocardite. C'est à peu près une fois sur trente et pour la suite on a l'embolie pulmonaire.

Nous connaissons des médecins qui ont observé des accidents de diphtérie que M. Bridger et qui ont observé l'endocardite dans cette maladie. Tous les deux Bridger John ont trouvé en France des accidents de diphtérie MM. Bouchut et Labadie-Lagrave. Ces deux médecins ont fait en 1872 un travail sur la diphtérie qu'ils ont communiqué à l'Académie de Médecine. Dans ce mémoire ils déclarent avoir observé vingt-deux fois sur quarante-huit cas de diphtérie M. Labadie-Lagrave, dans sa thèse il a donné la relation de vingt-deux autopsies de diphtérie aiguë de la valvule mitrale et d'endocardite.

pulmonaire  
 t croit que  
 rapide par  
 mmédiate-  
 et Labadie-  
 que nous  
 valescence.  
 servations  
 ndocardite

Paris, 1874)  
 Bouchut et  
 atoire, que  
 une dispo-  
 rencontre  
 n'importe  
 plètement  
 que. Nous

i ait fait  
 tômes que  
 e de Paris,  
 irablement  
 ée pendant  
 oints, très  
 t échappé;  
 mémoire.  
 d (*Gazette*  
 ver sur lui-  
 urdique et  
 ose ne pou-  
 , qu'il res-

le biologie,  
 avait proposé de rattacher les accidents à la paralysie des  
 nerfs vagues, et Duchenne de Boulogne en fit remonter l'ori-

gine au bulbe et proposa de les décrire sous le nom de paralysie bulbaire diphthéritique. Il admit cependant jusqu'à un certain point la paralysie du cœur.

En 1872 parut une thèse de Bailly qui fut faite pour défendre la thèse de la paralysie cardiaque ; mais il n'apporte aucun argument nouveau en faveur de son opinion.

Dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1875) Hallopeau décrit les accidents de mort subite de la diphthérie parmi les paralysies bulbaires sans lésions déterminées.

M. Revilliod (Genève, 1878) reconnaît qu'une des causes de mort les plus fréquentes chez les trachéotomisés est un trouble d'innervation de l'appareil pulmonaire, trouble qui n'est autre que l'extension des paralysies qui s'observent dans d'autres régions et se traduit par la dyspnée expiratoire, l'anesthésie de la trachée et par des désordres nutritifs des poumons. Le Dr Landouzy (Thèse d'agrégation, 1880) partage les opinions de M. Revilliod. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement dans un prochain chapitre ; nous ferons observer toutefois que, la broncho-pneumonie mise à part, les accidents dont parle Revilliod, et dont nous allons entreprendre l'étude, se rencontrent bien plus souvent à la suite d'angines que du croup, et alors même qu'on les observe à la suite de la trachéotomie, ce n'est pas, comme il semble le dire, dans les premiers jours qui suivent l'opération qu'on doit redouter leur approche.

C'est à ce moment (1881) que j'ai étudié la symptomatologie de ces accidents en collaboration avec mon ami Gulat que j'ai autorisé à en faire sa thèse inaugurale. J'ai cherché à démontrer que la paralysie du nerf pneumogastrique pouvait seule expliquer tous les signes observés ; je dois avouer qu'aujourd'hui, après avoir étudié un plus grand nombre de cas, dont quelques-uns m'ont été obligeamment communiqués par des confrères, ma première opinion ne me semble plus suffisante.

Elle a été cependant acceptée par Letulle dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1883).

icle *Diphthérie* du *Dictionnaire* que les accidents que nous étudions r terme de l'envahissement paraly-Sanné qui du reste ne parle pas de n'a probablement pas eu l'occasion ble car la mort rapide arrive parfois n'avaient eu jusqu'alors que des e paralysie. Sanné admet aussi avec rvenir une paralysie des muscles sen; il en résulterait une hémato세 ait la teinte cyanique des extrémités

ent le traité clinique des maladies de Gassicourt. Nous aurons l'occa-ès longuement sur les remarquables paralysie diphthéritique. Qu'il nous moment qu'après avoir rejeté la cardiaque et celle de la paralysie la dénomination de la paralysie du parce que, dit-il, les recherches de ives, en ce sens qu'elles n'ont fait n du pneumogastrique ni de ses ous permettrons de faire observer adet de Gassicourt que l'expression » est bien plus impropre parce que, ccupent, non seulement il n'y a pas u poumon, mais que M. Cadet de i-même les symptômes abdominaux

(coliques, vomissements, etc.) et qu'il aurait dû au moins décrire les faits dont il s'agit sous le nom de « forme gastro-cardio-pulmonaire ».

#### SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

On observe parfois, dans la convalescence de la diphthérie, un certain nombre de troubles du côté du tube digestif, du poumon et du cœur, troubles qui se terminent le plus sou-



vent par la mort. Ce sont ces phénomènes que nous décrivons ici, nous réservant de démontrer plus spécialement, que les expressions de *paralysie du pneumogastrique*, *symptômes de thrombose cardiaque* sont fausses. Nous ferons observer toutefois que ces accidents ont été par un bon nombre de médecins sous le nom de *subite* dans la diphthérie. Rien n'est plus exact que cette expression, car elle fait supposer que la suffocation entraîne toujours la mort, ce qui n'est pas la mort, quand elle arrive, peut être raillée. Elle a pu le paraître alors que les symptômes de la diphthérie n'étaient pas bien étudiés et que les médecins qui n'avaient l'occasion d'observer les accidents de l'agonie de leurs malades.

La fréquence de ces accidents est variable ; ils paraîtront plus nombreux si l'attention du corps médical sera plus attirée sur ce cas de paralysie diphthéritique, nous en avons remarqués quinze fois ; à Ste-Eugénie, en janvier et février 1881 je les ai observés chez onze enfants atteints de paralysie. Nous ne pouvons donc dire d'une façon générale qu'ils

À quel moment les rencontre-t-on ? On les rencontre quand il existait encore des membranes sur les amygdales, c'est le plus fréquemment dans le cours de la diphthérie à l'occasion de les rencontrer, et, chaque fois que cette paralysie semble en voie de se former, elle peut apparaître brusquement. Je dirai donc de là un enseignement grave pour les médecins ne pas se hâter de rassurer les familles, car il y a une amélioration dans le cours de la diphthérie : dans l'état actuel de la science on ne peut porter un pronostic favorable dans ces cas.

Les troubles paralytiques que nous

## ÉRIQUE DU PNEUM

d'autres paralysies  
lle du voile du pal  
ions dans lesquelles  
symptôme de pa  
de Gassicourt de fi  
épidémie décrite p  
laire de 1881 ; dans  
nt le dernier term

ymptômes gastro-  
rencontrent enser  
autres ; toutefois l  
ies respiratoires p  
ces très rares ; not  
côté du cœur.

tre chronologique c  
digestives qui se n  
des douleurs abdo  
rsque nous avons a  
èse de Gulat, tou  
Cadet de Gassicour  
ons exagéré la fré  
able, dit-il, est  
t nombre d'observ  
possédons sur cett  
critique ».

is surprend d'aut  
nalées lui-même cl  
orté l'histoire dans  
e, chez quelques  
spécifie pas le sièg  
e des cris au début  
ts enfants poussen  
uer toujours la cau  
pas nier que les d  
fois mais nous pers

qu'elles constituent un symptôme presque constant et d'un pronostic presque toujours fâcheux, car j'ai cru remarquer qu'elles se rencontrent surtout dans les formes rapides et mortelles du mal et je répète que chaque fois que, sans diarrhée ni aucune autre cause analogue, les individus atteints de paralysie diphthéritique se plaignent de coliques violentes on doit redouter l'approche d'accidents graves. Je les ai particulièrement étudiées chez une jeune fille de seize ans dont on trouvera l'observation plus loin ; elles étaient atroces, térébrantes, leur siège était très difficile à localiser ; situées le plus souvent dans la région épigastrique elles s'irradiaient vers le foie et les hypochondres ; parfois aussi elle les ressentait vers le rectum où elles produisaient un ténésme violent. Tous ces phénomènes se reproduisaient à des intervalles de dix minutes et les tortures de la pauvre malade durèrent environ trois heures. C'est ainsi que les faits se passent à peu près toujours mais l'on conçoit que de tous petits malades ne puissent ni les analyser ni parfois même en avertir le médecin.

En même temps l'on voit apparaître les vomissements ; ils peuvent même précéder les douleurs. Constituant des faits palpables ils ont été décrits de longue date par les auteurs qui se sont occupés de la question ; mais personne n'y a attaché d'importance. Ces vomissements sont presque toujours alimentaires et se composent alors de matières qui ne sont aucunement digérées, alors même qu'ils auraient lieu huit ou dix heures après le dernier repas : ce fait est remarquable surtout quand il s'agit du lait qui est si facile à digérer. Ils n'ont pas du reste d'autres caractères particuliers et ne sentent généralement pas mauvais.

Dans la plupart des cas les malades n'ont point de diarrhée ; j'ai observé plusieurs fois des envies fréquentes d'aller à la garde-robe. Le plus souvent elles ne sont suivies d'aucun résultat. On a signalé cependant quelques faits avec deux ou trois petites selles diarrhéiques sans caractères particuliers, à part une assez grande fétidité.

(douleurs et vomissements) n'ont  
ux; ils peuvent se suivre, exister  
ir dans un ordre chronologique

mes gastro-intestinaux ont une  
ription des accidents graves qui  
paralyse diphthéritique, surtout  
précèdent les signes du côté du

nant les autres symptômes nous  
ante qui est du plus grand intérêt:

#### SERVATION

appelé à donner mes soins à la nommée  
ans et demi.

uste constitution et paraissant plus que  
é bien portante; toutefois au mois de  
atteinte de cette angine, vulgairement  
emarquer qu'une de ses sœurs en fut  
e, une autre et sa mère quelques jours  
u. Toutes ces angines durèrent quelques  
itude, sans aucune espèce de compli-

7 septembre auprès d'elle, je la vis vers  
ses parents me mirent au courant de la  
auparavant la sœur aînée, âgée de dix-  
angine, sur la nature de laquelle je n'ai  
jours sans autre traitement que quel-  
is jours après, vers le 9 septembre, la  
s l'observation, fut prise, à Boulogne-  
allée passer l'été, d'une angine violente;  
confrère, le Dr Delaunay qui a bien  
enseignements. Il diagnostiqua un abcès  
a un gargarisme émollient et le lende-  
si manifesta qu'un coup de bistouri fit  
rable de pus; le soir même la fièvre,  
complètement et l'état général semblait

Le lendemain 11, à sa visite le Dr Delaunay constata sur toute la surface de l'amygdale une plaque grisâtre, épaisse sur la nature de laquelle il ne commit point d'erreur : c'était de la diphthérie. Il ordonna des applications avec un collutoire salicylé, et une potion cordiale au cognac et à l'extrait de qq.

Les jours suivants l'état de la malade restait stationnaire ; toutefois la plaque diphthéritique recouvrait non seulement l'amygdale mais tout le pilier antérieur gauche du voile du palais et la moitié postérieure du voile du même côté. Le même traitement fut continué jusqu'au 14. Ce jour-là la plaque commença à se désagréger et le 15 il n'y en avait plus trace.

Le 16 les parents et la malade (très affaiblie et prenant à peine un peu de lait et de bouillon depuis le début de sa maladie) insistèrent auprès du Dr Delaunay pour rentrer à Paris et malgré ses sages observations, y revinrent le 17 à midi.

Je trouvais la malade dans l'état suivant :

Elle était pâle et se sentait très fatiguée. Après m'avoir donné quelques renseignements vagues sur l'angine dont elle venait d'être atteinte, elle me montra sa gorge, et quoique ne possédant pas encore les détails qui m'ont été fournis depuis par mon confrère de Boulogne, détails qui avaient été cachés à toute la famille, je fus éclairé immédiatement sur la nature du mal par le fait suivant qui n'est signalé nulle part et que j'ai pu constater bien des fois. Il existait en effet sur toute la surface qui avait été malade, une cicatrice nacrée, irrégulière, composée de stries parallèles et suivant la direction des muscles du voile du palais. Je n'ai jamais rencontré ces cicatrices que consécutivement à la diphthérie et je crois qu'elles permettent d'établir un diagnostic rétrospectif.

Je fus frappé également du nasonnement de la voix, et je pensai immédiatement à la paralysie du voile du palais. Je priai la malade de boire un peu de lait en ma présence : elle en but une tasse et pas une goutte ne revint par le nez. Je recherchai tous les autres signes classiques et je pus constater que, ni sur le voile ni ailleurs, il n'existait un seul symptôme de paralysie.

Les battements du cœur étaient réguliers et énergiques ; à l'auscultation rien d'anormal : je dois dire toutefois que depuis quelques années la jeune fille se plaignait de temps en temps de battements de cœur. Le pouls également régulier était à 80 environ par minute.

L'appétit était absolument nul, et il y avait une grande répugnance pour toute espèce d'alimentation.

e la face, anorexie, tel était le ré-

la voix était augmenté, et en fai-  
lait je m'aperçus que, à chaque  
toutes ressortaient par le nez. La

d'éprouver continuellement des  
ile du palais il était facile d'inter-  
paralysée et retombant sur la base  
, terminaisons du *nerf nauséeux*.

que la veille; le découragement  
avec restrictions de prendre un peu  
ai en même temps, matin et soir  
.e.

statu quo.

re de lait, un bouillon, un verre  
sirop de qq.

oration, tant au point de vue local  
si deux ou trois gouttes de lait  
de boit par petites gorgées, il n'y  
e.

régime et j'insiste pour augmenter  
m litre de lait, deux potages sui-  
amine avec soin le poumon et le  
Comme les jours précédents il y a

a malade a pris tout ce qui avait  
pendant elle a rendu deux fois un  
iron une demi-heure sans fatigue.  
u voile du palais est revenue, mais  
e nouveau un petit vomissement.  
leur dans la région précordiale :  
is réguliers à peine un peu plus  
est environ à 90. La respiration  
t déclare qu'elle se trouve mieux.  
a nuit a été mauvaise, le sommeil,  
nent cessé. Vers deux heures du  
ues ; il n'y a pas eu de diarrhée,  
e heures auparavant et qui n'était  
e est également revenue et accom-

pagnée d'angoisses. Les battements du cœur sont plus fréquents, le pouls est à 90 environ, et légère

A ces symptômes en apparence peu alarmants, j'ai pour moi la malade était perdue ; en effet, comme la thèse de mon ami Gulat, les coliques qui survient la paralysie diphthéritique, annoncent l'invasion de la gastrique, celle que d'autres appellent cardio-pulmonaire dans cette observation dissenter sur le plus ou moins de coliques sur lesquelles j'ai le premier attiré l'attention depuis la publication de cette thèse que quand ce est le signal de la forme foudroyante de la maladie. J'ai sur ces faits.

J'ajoutai l'administration de deux cuillerées de grogs à l'eau-de-vie et tout en déclarant que le cas annonçait ma visite pour le soir.

Je revins vers huit heures ; on me dit que l'état jusque vers six heures. A ce moment de violentes convulsions étaient survenues, accompagnées d'envies intestinales ; deux fois seulement il y eut quelques matins ; une grande anxiété s'était peinte sur le visage de la malade ; elle gémissait surtout d'horribles douleurs à la région du cœur.

Voici l'état que j'observe à mon arrivée :

Pâleur remarquable de la face et des lèvres ; les gencives sont complètement exsangues ; le pouls est à 120 environ : il est également régulier.

La respiration est assez superficielle *mais je n'ai point de dyspnée* ; ce fait seul condamnerait la théorie cardio-pulmonaire ; il faudrait au moins appeler ce *cardio-pulmonaire* ».

En présence de cette aggravation soudaine de la maladie, je me rendis chez mon maître le Dr Bersani. Il se trouvait absent et je revins immédiatement chez la malade.

Il était dix heures, les symptômes étaient les mêmes : affaiblissement du cœur, pâleur cadavérique, rapidité du pouls. Je parvins encore à lui faire prendre un demi-verre de grogs. Quelques minutes après elle me déclare qu'elle va mourir, qu'elle pousse un grand cri et à l'auscultation je constate

respiration continua encore pendant quelque temps automatique.

ervation :

gastro-intestinales dans le cours d'une affection quelconque bénigne qu'elle soit en apparence, parfois douze heures à l'avance l'invasion cardio-pulmonaires.

peuvent être abdominaux et cardiaques, les gastro-intestinales peuvent faire complète-

ment les gastro-intestinales doivent faire partie de la maladie.

cardiaques soient ou non accompagnés de troubles digestifs, ils ne s'observent jamais sans être net et tellement caractéristique que l'on n'appelle à aucun observateur : c'est la cyanose muqueuses. Elle rappelle quelque chose de la cyanose blanche ; mais en somme elle est plus nette qu'il faut avoir observée et qui ne se confond pas avec la cyanose muqueuses, surtout celle de la face postérieure, des gencives, des conjonctives sont atteintes, intermédiaire entre la cyanose muqueuse et la cyanose blanche. À mon attente j'ai observé que la cyanose muqueuse est plus remarquable et plus facile à reconnaître chez les blonds que chez les bruns. En fait, elle est très tirée et il existe un cercle bleuâtre aux paupières inférieures.

En fait, chez une de mes malades, la persistance de la cyanose muqueuse au début des accidents, il y avait une hémorragie pendant plusieurs jours. La cyanose muqueuse est en fait la place aux accidents cardiaques maintenant nous appesantir.

En fait de cas et surtout lorsqu'on a eu affaire à des malades dès le début et dans ceux où la mort est foudroyante, on constate le ralentissement de la respiration.



## REVUE DES MAL

t du pouls ; mais i  
nptôme de début, et  
e mort on remarque  
point qu'il est parf  
ulsations ; il n'est  
60 et même 180 pa  
urtout au début, de  
e ne tarde pas à  
nt il n'existe plus o  
ter en raison de l'ex  
e observer, en mêm  
et une grande pe  
e, à peu près dès le  
encore que du raler  
urs fois nous avons  
ique sans pouvoir  
aucun cas, sur le  
à l'auscultation du  
it un bruit de soufl  
e lésion anatomiqu  
de la circulation  
écordiale. Il existe  
n, d'oppression co  
ngine de poitrine.  
ces cas on est en  
té variable et par  
t des cris aux malac  
al, aux douleurs al  
ne qui se passe un  
s encore assez app  
era plus complet  
es respiratoires.  
ccidents cardiaque  
nsidérable et parfo  
es gastro-intestina  
précordiale et le ra

: observations suivantes bien  
à la question :

ATION

pitiaux, est atteint de diphthérie le  
rent dans la gorge sous forme d'une  
e paralysie du voile du palais.

nt examinées, et on constate une  
grammes d'albumine par litre.

époque qu'on fit changer le malade  
nt cette période (huit jours environ  
ix-neuf à vingt jours après le début  
rs quatre heures, à la suite d'un  
stipation occasionnée par la diète  
mement vive dans la région pré-

s'irradia bientôt du côté du sca-  
eur) et dans l'épaule et le bras

œur diminuèrent de fréquence. Le  
entiment d'oppression, des frissons,  
se montrèrent. Le malade eut des  
e quantité de liquide stomacal. Le  
ubitus sur la région précordiale, la  
la douleur. Après une heure et  
uloureux disparurent. Le malade  
endormit et se réveilla couvert de  
sommeil, ne conservant de la crise

Brouardel, M. Stakler, interne des  
le soin et ne trouvèrent rien d'anor-  
conservait encore le lendemain un

e, presque, apparaissent les mêmes  
e même ordre.

termittents. M. Brouardel mit en  
er ces troubles fonctionnels à une  
que mettant en jeu le pneumo gas-

Une troisième et dernière crise se montra, fut identes, au point de vue de l'intensité des symptômes d'abattement. Jamais on ne constata une lésion c

OBSERVATION. — *Angine couenneuse*; p

Observation du D<sup>r</sup> BILLARD, prise sur lui-même (TRANSE (Gazette médicale de Paris,

Appelé à donner ses soins à une enfant de dix couenneuse, M. Billard, déjà indisposé depuis u contracta la maladie. La période aiguë n'offre rien est relativement assez bénigne, et la production cède, en une quinzaine de jours, au traitement pareil cas. Cependant le malade n'a pu prendre l ce qui d'après lui, l'a prédisposé aux accidents p atteint. Ces accidents débutent par le voile du contractile; la déglutition est difficile, néanmoins rejetés par le nez; la voix est un peu nasonnée. la marche difficile.

Le 4 juillet 1862, de quinze à dix-huit jours a tion, M. Billard peut partir pour la campagne; sans observer de modifications dans son état. Il re de ce moment se développent successivement, les autres ou se compliquant réciproquement, le paralysie.

C'est la face qui est d'abord atteinte; elle dev moindre expression; en même temps troubles d perte de la sensibilité tactile aux lèvres et à la mo et de la langue, dégustation profondément modifié moteurs de l'œil, d'où diplopie constante; sensat ressemblant à celle de deux corps étrangers, mais paralysie du muscle occipito-frontal.

« Pour se faire une idée exacte de la nature de que, dit M. Billard, on doit la comparer à une at teur de la puissance musculaire; chaque muscle perdait dans quelques heures la plus grande part

La paralysie du voile du palais augmente; la v plus voilée et très peu intelligible; la déglutitio boissons sont rejetées par les fosses nasales ou p

loit boire au chalumeau. La paralysie atteint la vessie, le rectum, puis semble rétrograder et yux et ceux de la poitrine ; aphasia complète, accès de dyspnée dont l'un a été excessivement sombre, la paralysie se localise dans les membres amoindrie, mais non disparue ; abolition des vibrations parcourant les membres dans le s'étendant jusqu'aux extrémités des doigts et tion des membres inférieurs. La paralysie at- une façon passagère, les muscles de la poitrine s de suffocation moins intense que la première 'améliore sous l'influence de massages répétés nstituante ; le retour de la sensibilité et du mou- s transpirations profuses des bras et des jambes uiller les draps en très peu de temps et y lais- res.

d éprouve des palpitations cardiaques avec ttements ; il suppose que l'aura paralytique a

Ce symptôme, qui ne laisse pas que de le pré- it peu à peu. En même temps l'urine qui était précipite plus ni par la chaleur, ni par l'acide uent, les forces reviennent: enfin la santé se s les derniers jours du mois d'octobre.

constate du côté des voies respiratoires con- pnée violente accompagnée quelquefois d'irrè- ients respiratoires. Ces troubles sont presque accidents cardiaques; toutefois dans les cas, 'alors, où les accidents se sont montrés à la les symptômes pulmonaires semblent dominer

que nous avons prise en 1880, dans le service e preuve.

*ne légère; croup avec accès de suffoca- aque et pulmonaire durant quinze jours;*

on de six ans, nommé Jean Kell..., entré dans 8 mai 1880, au lit n° 6.

ellement bien portant et a été vacciné avec

succès. On accuse chez lui, comme seul à l'âge de trois ans. Il a été pris le 6 voix et de la toux.

7 mai. Il eut du tirage cervical et d'administre un premier vomitif. Les Trousseau; le lendemain, 8 mai, au ma cyanosé, avec un tirage sus-sternal des

A cinq heures du soir, nouveau vom sans que l'enfant rejetât de fausses mer la gorge, on voit les amygdales et le v grises assez épaisses.

A huit heures du soir le tirage est te suffocation se rapprochent à tel point, trachéotomie. L'enfant est immédiatem

Le 9. L'état général est satisfaisant tement le murmure vésiculaire dans to L'enfant rejette par la canule un mucus de fausses membranes. Temp. R. 38°, urines.

Le 12. L'enfant est dans un état exce il ne peut se passer de canule même pe est très médiocre; l'auscultation ne rév dans les poumons.

Le 15. La voix est légèrement nasom en partie par le nez. A l'inspection flasque.

Le 16. Les symptômes paralytiques s

Le 17. Le petit malade porte souv plaint de coliques dont il est difficile est très pâle, les lèvres sont bleuâtres, différente de celle des muqueuses que organiques du poumon et du cœur. Il le peu qu'il prend. La respiration est ass est négatif. Temp. R. 38°. Pouls 120.

Le 22. L'état n'a pas sensiblement var nue plus intense; l'enfant est très agité donnée; le pouls est à 128, la temp. urines qui ne se troublent pas davanta

Le 27. Pendant les cinq jours qui vie

blement; le pouls toujours petit et irrégulier

et pâlit de plus en plus; il ne prend d'autre encore le vomit-il presque constamment. Il perçoit les pulsations de la radiale; les bruits mais ne sont pas altérés dans leur timbre, mais on n'entend pas de râles à l'auscul-

ter une extrême agitation. L'autopsie a lieu à mort; les poumons sont sains, à part un point antérieur; le cœur ne présente aucune altération. Dans les cavités droites il existe quelques effusions avec les parois. On trouve sous l'endocarde des suffusions sanguines.

Il n'y a rien dans la région fronto-pariétale mais la base

du pneumo-gastrique a été enlevée et examinée histologiquement par le Dr Hermann, préparateur de l'anatomie; il n'y a pas de grosses lésions, mais personne n'ayant connaissance de la structure normale de ce nerf, il n'est pas possible de reconnaître les altérations de texture difficile-

ment; toutefois il n'est pas rare de constater une diminution et même davantage. De loin, on voit qu'ils sont atteints de pneumonie, de pleurésie, mais lorsqu'on y regarde de près on ne voit ni trace d'épanchement ni le moindre épanchement. L'examen attentif des malades permet de constater qu'il n'y a pas de tirage dans la région épigastrique; déjà jusqu'à un certain point toute la région thoracique des bronches et des poumons; il n'y a ni expectoration.

Parfois la respiration dite de Cheyne-Stokes est là un fait tout à fait exceptionnel. Il faut donc pour en conclure la nature bul-

limer les principaux symptômes que l'on

rencontre dans le cours de la convalescence du côté du ventre, de la poitrine et nous avons montré que ces accidents peuvent être évités. Nous devons ajouter que dans la pratique on observe tous ensemble et forment un tableau les auteurs ont désigné sous des dénominations diverses. Dans ces cas les malades se trouvent dans un état extraordinaire ; ils se retournent continuellement, et, que se soient des enfants ou des adultes, ils demandent à chaque instant à se voir et à se toucher, les plus divers et parfois les plus futiles objets leur sont venue les délivrer.

Dans quelques cas tout à fait rares on observe des convulsions ; l'on aurait pu se demander si ces troubles urémiques, mais dans ce cas il n'y avait point d'albumine dans les urines et on a constaté de légers lésions du rein à l'autopsie.

Il existe un certain nombre d'autres accidents, et moins importants : telles sont la diminution de la voix. Bien rarement la voix est raucée, mais souvent son timbre ne diminue pas. Les malades peuvent à peine gémir d'angoisse, les stridents jusqu'à leur dernier souffle. L'absence de râle testable, ne permet guère d'admettre la gravité de la maladie : nous reviendrons du reste à ce point.

L'intelligence est également conservée. En parlant des observations suivies de malades, les médecins distingués ont pris soin de noter les moindres détails, je citerai l'observation de M. B. détaillée toutes les sensations qu'il éprouvait au moment de sa mort.

Tous les signes que nous venons d'énumérer sont variables suivant les cas ; chez certains malades on voit qu'un peu d'angoisse précordiale, qu'un peu de diarrées, un peu de ralentissement de la respiration et ces accidents peuvent durer plus

duire à des intervalles plus ou moins rapprochés. Se sont là les cas les plus rares et on les rencontre surtout chez les adultes. Mais le plus souvent et surtout quand les symptômes abdominaux surviennent d'emblée, la scène est très rapide, la dyspnée devient très intense, le pouls fréquent dès le début, et la mort arrive en quelques heures; dans ce cas on peut dire que la maladie dépasse rarement vingt-quatre heures.

La maladie évolue constamment sans fièvre; jamais non plus on n'a constaté d'hypothermie. En général les malades refusent toute alimentation même liquide; mais ce caractère peut manquer parfois et nous en avons vu qui prenaient du lait ou d'autres liquides pendant la période agonique.

Tous les symptômes que nous venons de décrire sont ceux que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas. Une seule fois dans une de nos observations, qu'on a pu lire ci-dessus, la maladie a duré plus de quinze jours; cependant dès la première apparition des accidents les symptômes cardiaques et pulmonaires ont présenté une grande gravité; les battements du cœur ont toujours été très exagérés comme nombre et l'on n'a jamais constaté moins de 140 pulsations par minute. Ce fait est très intéressant parce qu'il deviendrait un argument puissant si quelqu'un tentait de ressusciter la théorie de la thrombose cardiaque que l'état actuel de la science semble avoir condamnée pour toujours. Cette observation nous a fait dire, dans la thèse de Gulat, que si l'on rencontrait d'autres cas analogues il faudrait peut-être admettre au point de vue clinique une forme lente différente par sa marche de la forme foudroyante. Mais dans ses leçons cliniques, M. Cadet de Gassicourt a fait observer que les symptômes de notre observation ne différant en rien de ceux de la forme foudroyante, il n'y avait pas lieu de compliquer la description.

Nous reconnaissons la justesse de son observation. Il a ajouté du reste qu'il était plus probable qu'à mesure que les médecins sauraient mieux reconnaître les accidents dont



nous nous occupons ici, on trouverait sans doute des cas intermédiaires comme durée.

Quelles que soient la forme et la durée des symptômes la mort est la terminaison habituelle de ces accidents ; la guérison n'a été rencontrée jusqu'alors que chez ceux qui ne présentaient d'emblée que des symptômes cardiaques très bénins.

(A suivre.)

---

## QUELQUES RÉFLEXIONS SUR DEUX CAS DE PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE

Observés à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service  
de M. le Dr de SAINT-GERMAIN,

Par M. Joulard, interne des hôpitaux.

---

Nous avons observé récemment deux malades entrés dans le service, à deux jours d'intervalle, couchés dans des lits voisins et présentant les symptômes graves de la périostite phlegmoneuse diffuse dont l'évolution, fatale dans un cas, a nécessité, dans l'autre, l'amputation de la cuisse.

Nous croyons devoir rapprocher ces deux faits et montrer surtout leur intérêt anatomo-pathologique. Le siège primitif de l'affection, que chaque observateur a voulu localiser dans un point limité de l'os ou dans l'un des divers éléments de l'os : périoste, moelle, tissu osseux, est encore discuté malgré la haute autorité qui s'attache aux beaux travaux du professeur Lannelongue. Des discussions assez récentes à la Société de chirurgie ont montré, en effet, que tous les chirurgiens ne se sont pas ralliés à son opinion qu'ils admettent dans la majorité, mais non dans la totalité des cas. La périostite phlegmoneuse diffuse offrira donc un intérêt d'actualité jusqu'au jour où des faits nombreux et précis auront définitivement élucidé ce point si controversé de son histoire.

Voici nos deux observations que nous rapportons à titre de documents :

ieuse diffuse du péroné, avec abcès  
aggravation des accidents malgré les  
- Amputation de la cuisse au tiers  
n passagère; accidents typhoïdes.  
demande.

le 28 mars 1887, salle Saint-Côme, n° 6.  
chez ses parents. Dans sa première en-  
: gourmes, adénite, cervicale suppurée.  
e suppurée de la région inguinale droite;  
. de Saint-Germain. Huit mois après,  
aitée dans le service et guérie après évi-  
at de santé satisfaisant. Jamais de rhu-

mène à l'hôpital remonte à huit jours. Il  
appréciable, sans s'être refroidi ou fatigué  
ture, anorexie, soif vive, petits frissons  
jours après, apparition d'un point dou-  
l externe de la jambe droite, à quelques  
ole péronière. La douleur, sourde d'abord  
lemain. En même temps, le point dou-  
n'a pas tardé à prendre à ce niveau une  
nchement rouge. Les trois jours suivants  
continues, avec exacerbations irrégulières  
a nuit et rendant le sommeil impossible.  
re des douleurs, mais accroissement de  
il ont envahi la totalité de la face externe

pâle et amaigri. Pas de prostration, mais  
ez vive : T. A. = 39°. Langue blanche,

à sa face externe, depuis le bas de la  
es centimètres au-dessous de la tête du  
a tuméfaction et la rougeur sont limitées  
me de la face postérieure de la jambe.  
itié inféro-externe de la jambe. Au-des-  
de quelques centimètres. En somme,  
a jambe est celui d'un phlegmon diffus.  
y fait découvrir aucun point douloureux.

Intégrité presque complète de l'articulation tibio-tarsienne dont les mouvements sont cependant légèrement douloureux. Léger gonflement du genou ; mouvements de l'articulation faciles. Existence d'un point douloureux en dedans et en dehors, au niveau des deux condyles. Léger épanchement dans le genou. Rien du côté du plateau tibial et de la tête du péroné.

Large incision de l'abcès ; sortie d'une grande quantité de pus crémeux, infiltré au milieu des péroniers latéraux ; le doigt introduit dans la cavité de l'abcès arrive sur l'os dénudé, sur toute la longueur de l'incision. Deuxième incision au-dessus ; drainage, lavage à la solution phéniquée forte. Pansement phéniqué. Légère compression ouatée. Immobilisation du membre dans une gouttière métallique. Potion de Todd. Sulfate de quinine 1 gr. Lait, bouillon et potage. Le soir, la fièvre reste stationnaire, mais diminue le lendemain matin : T. A. = 37°,4.

Les jours suivants, après avoir remonté et oscillé entre 38°,5 et 39°,4, la température tombe de nouveau et atteint la normale le treizième jour de l'entrée du malade. L'état général devient meilleur et l'état local s'est également amendé. Grâce aux lavages quotidiens, le foyer s'est complètement détergé. Le malade paraît en voie de guérison, mais quelques jours après, la température remonte, l'appétit se perd de nouveau et la diarrhée apparaît. L'état local est le même à la jambe, mais le genou commence à enfler et à rougir, les mouvements de l'articulation deviennent douloureux et la pression des condyles y révèle une douleur très vive.

Pendant les huit jours qui suivent, le genou devient le siège d'un abcès que M. de Saint-Germain ouvre à la partie externe ; sortie d'une sérosité roussâtre peu abondante. Etablissement d'un drain pénétrant dans l'articulation à travers la synoviale épaissie. Le stylet ne fait découvrir dans l'article aucun point dénudé.

Malgré la fréquence des lavages antiseptiques et la médication tonique, l'état général devient de plus en plus mauvais, l'amaigrissement est extrême, la faiblesse augmente, la fièvre hectique apparaît et le malade est plongé dans un véritable état typhoïde avec fuliginosités des lèvres et des gencives, tremblement fibrillaire de la langue, épistaxis répétées et diarrhée abondante que le diascordium et le bismuth ne parviennent pas à arrêter. En présence de cet ensemble d'accidents graves, M. de Saint-Germain se décide à sacrifier le membre, près d'un mois après l'entrée du malade.

25 avril. Amputation de la cuisse au tiers inférieur par le procédé à

deux lambeaux antérieur et postérieur, le premier un peu plus long. Perte minime de sang, grâce à la bande d'Esmarck. Réunion des lambeaux à l'aide de crins de Florence. Drainage des extrémités transversales du moignon. Poudre d'iodoforme, bandelettes de gaze phéniquée. Compression légère et plaque de carton soutenant le lambeau postérieur.

Le 27. Angine avec dépôts pultacés sur l'amygdale gauche ; épistaxis. L'état général s'est légèrement amélioré. La température a baissé. Le pansement est refait. Bon aspect de la ligne de réunion. Etat stationnaire jusqu'au 3 mai.

3 mai. Le pansement est refait : la réunion est complète, mais il existe dans l'intérieur du moignon un petit foyer purulent que nous vidons par la pression. Même pansement. Compression assez énergique du moignon.

A partir de ce jour, apparition d'un véritable état typhoïde. T. A. = 40° le soir avec des rémissions matinales presque complètes. Légère suppuration par les orifices des drains qui sont supprimés le 10 mai. Les sutures sont enlevées le même jour : Réunion immédiate complète.

Le 12. Depuis hier, adynamie croissante, délire nocturne, carphologie, teinte jaune paille des téguments, véritable état squelettique. La mère ramène chez elle son enfant mourant. Nous ignorons ce qu'il est devenu.

*Examen du membre amputé.* — Le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe est infiltré d'une matière gélatiniforme, d'un blanc grisâtre, étendue en nappe sur toute l'étendue de la face externe, de la malléole péronière au genou. Moins épaisse à la jambe, elle atteint au niveau du genou une grande épaisseur et enveloppe l'articulation d'une sorte de coque de 3 à 4 centim. d'épaisseur, plus abondante au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Les tendons et les ligaments sont noyés dans ce tissu qui offre à la coupe une certaine résistance. La même infiltration existe, mais en nappe mince, dans les interstices des péroniers et des jumeaux.

Sur toute l'étendue de la face externe de la diaphyse du péroné et sur la moitié inférieure de sa face interne, le périoste a disparu ; une couche de pus épais et verdâtre est étendue sur l'os dénudé, en contact immédiat avec les muscles. Le pus enlevé, l'os apparaît avec une coloration gris bleuâtre. A l'extrémité inférieure de la diaphyse, au niveau du bulbe de l'os, on voit quatre petits pertuis et une fissure à bords dentelés, conduisant dans l'épaisseur. Le périoste n'est pas décollé sur la face postérieure et la moitié supérieure de la face interne. A l'endroit où le périoste cesse d'exister, c'est-à-dire sur toute la longueur du bord externe et la moitié inférieure du bord interne, on voit un bourrelet formant un

relief de 2 à 3 millim., dû à un tissu osseux de nouvelle formation. De ce bourrelet partent de fines aiguilles osseuses extrêmement nombreuses, d'une longueur moyenne de 1 à 2 millim.

Intégrité du périoste sur les épiphyses du péroné et sur toute l'étendue du tibia. Les deux articulations tibio-péronières sont absolument saines, ainsi que l'articulation tibio-tarsienne. Cependant, sur la facette péronière de l'astragale, le cartilage présente une érosion de la dimension d'une lentille, mais peu profonde.

L'articulation du genou contient environ un verre à liqueur d'une sérosité roussâtre. La synoviale est seulement un peu injectée, très épaissie, mais n'est le siège d'aucune fongosité. Le cartilage diarthrodial est sain sur la facette interne du plateau tibial. Sur la facette externe, il est aminci, rouge et décollé au centre.

Sur le fémur, le cartilage a disparu en grande partie, surtout au niveau du condyle externe. Ces pertes de substance, dont les bords, rougeâtres, sont taillés à pic, laissent voir à leur fond l'os d'une blancheur mate, rugueux et percé de trous ressemblant à des coups d'épingle. Le périoste du fémur n'est décollé qu'en deux points : 1° entre les condyles où il est encore relié à l'os par des taches blanchâtres ; 2° au niveau de la face externe des condyles où il est séparé de l'os par un petit abcès de la grosseur d'une noisette contenant un pus verdâtre.

Après avoir fendu verticalement le péroné à l'aide du rachitome, nous constatons une disparition complète de la moelle centrale remplacée par du pus verdâtre, très épais. En bas, le pus a creusé dans le tissu spongieux une cavité pareille à un tuyau de plume, détruit en un point le cartilage de conjugaison sans pénétrer toutefois dans l'épiphyse. En haut, le pus s'arrête également au cartilage de conjugaison.

La moelle du tibia est rougeâtre, mais semble saine. Au niveau du bulbe et dans le tissu spongieux de la tubérosité externe, il existe des taches jaunâtres, comme huileuses.

Ces mêmes taches se retrouvent dans le bulbe du fémur, tout près du cartilage de conjugaison. En sciant l'épiphyse du fémur, parallèlement à son axe entre les deux condyles, on ne trouve que cette même infiltration jaunâtre ; mais en ouvrant les condyles, on voit dans chacun d'eux un abcès considérable ayant détruit presque tout le tissu spongieux, de telle façon que les deux condyles représentent deux coques osseuses pleines de pus. Le cartilage de conjugaison est intact.

*moneuse diffuse du tibia, avec abcès  
Pas d'amélioration par les incisions  
sous-périostique secondaire de la clama-  
mamie. — Autopsie.*

demie, entre le 26 mars 1887, salle Saint-

ements sur l'état de santé de ses parents.  
ez bonne santé ; pas de traces de scrofule.  
sur le pavé, le poids du corps portant sur  
gauche. Dès le lendemain, gonflement et  
supérieure et interne de la jambe, avec  
de teinture d'iode. Etat stationnaire pen-  
moment, augmentation de la rougeur et  
dans la jambe de douleurs très vives, sur-  
fièvre tous les soirs.

onsidérable avec rougeur, plus vive par  
ambe dans les deux tiers supérieurs. Fluc-  
le la tuméfaction, empâtement dans les  
relet circulaire très appréciable. Gonfle-  
des culs-de-sac par un liquide peu abon-  
uvement de l'articulation possible, mais  
général médiocre : fièvre très vive.

rofondes sur la face interne de la jambe.  
la peau et du tissu cellulaire sous-cutané  
abondante, s'étend jusqu'à la surface du  
oste dans toute l'étendue du foyer et pré-  
ltre, avec stries sanguines noirâtres. Les  
us qui a fusé dans leurs interstices. Pose  
phéniquées. Pansement à la gaze phéni-  
sulfate de quinine. Bouillon, lait.

tat local et général.

était de 40°,6 au moment des incisions, est  
état des plaies.

nte à 38°,2. Etat général stationnaire. Sup-  
arie par les drains.

globuleux, avec fluctuation. Ouverture de  
et externe ; sortie d'une sérosité louche



Intégrité des viscères abdominaux.

Rien dans le cerveau.

Pas d'abcès métastatiques dans les articulations.

Voilà donc deux malades, âgés l'un de 14 ans, l'autre de 12 ans et demi, qui se sont présentés dans le même état, avec un abcès sous périostique aigu de la partie externe et de la partie interne de la jambe. Le premier était scrofuleux et avait été opéré trois ans auparavant par M. de Saint-Germain d'un ganglion tuberculeux de l'aîne et d'une carie du calcanéum. Le second paraissait indemne de diathèse. Nous n'avons relevé chez eux ni surmenage ni refroidissement. Spontanée et datant de 8 jours dans le premier cas, l'affection avait, dans le second, débuté trois semaines auparavant à la suite d'une chute sur la jambe. Elle avait donc suivi une marche relativement lente, puisqu'il n'est pas rare de voir l'abcès sous-périostique apparaître trois ou quatre jours après le début des accidents.

Chez nos deux malades, l'intensité des phénomènes généraux qui tendaient à revêtir la forme typhoïde ne permettait par un seul moment d'hésitation sur l'origine osseuse de l'abcès et de l'aspect phlegmoneux de téguments de la jambe. Les larges incisions que M. de Saint-Germain pratiqua aussitôt après l'entrée des malades lui permirent de constater, au niveau du foyer, la disparition du périoste et la teinte gris bleuâtre de l'os dénudé.

Le foyer une fois vide, devait-on se contenter de le drainer et de le laver, ou bien fallait-il trépaner l'os pour donner issue au pus infiltré ou collecté dans son épaisseur ? On sait, en effet, que le professeur Lannelongue pratique systématiquement la trépanation précoce, au niveau du point de départ présumé de l'affection, aussitôt que le diagnostic est établi, c'est-à-dire en l'absence de toute collection appréciable, et à plus forte raison quand l'abcès sous-périostique est apparu. Evidemment, si le début de l'affection dans la moelle osseuse était constant, comme l'assure Lannelongue, la ligne de



conduite serait toute tracée ; il faudrait trépaner et au plus vite. Mais on a cité des exemples de guérison après la simple incision de l'abcès sous-périostique, preuve évidente de l'intégrité plus ou moins complète de l'os et du début de l'affection dans le périoste. Ces cas sont rares, mais ils existent et se rencontrent surtout dans les formes subaiguës de la maladie, n'aboutissant qu'après une ou plusieurs semaines à la formation de l'abcès sous-périostique. N'était-ce pas le cas chez nos deux malades, surtout chez le premier dont la maladie datait de trois semaines ? Aussi M. de Saint-Germain a-t-il préféré se contenter, dès le début de faire de grandes incisions suivies d'un large drainage et d'injections antiseptiques fréquentes, se réservant d'intervenir d'une façon plus radicale si les circonstances l'exigeaient. Mais, chez l'un de nos malades, après quelques jours d'amélioration, le gonflement et la rougeur gagnèrent le genou, les phénomènes généraux s'aggravèrent et un abcès sous-périostique apparut au niveau du bout supérieur de la clavicule. Dans ces conditions, la trépanation devenait insuffisante et l'amputation de la cuisse ne paraissait pas devoir être supportée par un malade dont l'adynamie était extrême. On ouvrit largement de dedans et en dehors et on draina l'articulation qui ne contenait qu'une sérosité louche peu abondante mais le malade ne tarda pas à mourir dans le collapsus.

Chez l'autre malade, les incisions furent suivies d'une amélioration notable, mais l'articulation du genou fut envahie rapidement et M. de Saint-Germain dut recourir à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Malheureusement la fièvre persista, les symptômes typhoïdes augmentèrent et le malade fut emmené mourant par sa mère, 18 jours après l'opération. Le moignon était complètement cicatrisé.

Ces deux observations, on le voit, ne plaident pas en faveur de l'incision pure et simple de l'abcès qui fait perdre un temps précieux pendant lequel la marche envahissante de l'affection rend la trépanation insuffisante et oblige à recourir à l'amputation de la cuisse dans des conditions aussi mauvaises

vaut à une mort presque certaine

indiquée par Lannelongue eût-elle  
 e clinique de nos deux malades  
 ns si les lésions anatomiques ne  
 ion indispensable. Chez le premier  
 s sous-périostique du fémur, nous  
 édullaire de cet os rempli de pus  
 étaient intactes. En admettant que  
 dans la moelle centrale, on peut  
 le moins contemporaine de l'abcès

commandait impérieusement la  
 ra-osseux était d'ailleurs manifeste  
 le dont les condyles remplis de pus,  
 par une mince coque osseuse; le  
 repoussé en un point par un abcès  
 osseux d'une noisette.

le, qui présentait un abcès sous-  
 anal médullaire et l'épiphyse supé-  
 infiltrés de pus, et le cartilage de  
 ide partie détruit. Ici encore, il est  
 ut des accidents dans le périoste;  
 osseuse nous paraît être égale en  
 celle du périoste.

, la trépanation de l'os eût permis de  
 et eût amené probablement l'amé-  
 me la guérison des malades si l'on  
 reux cas de guérison obtenus par  
 cette méthode.

au sujet du siège primitif de l'affec-  
 s nous a montré qu'il occupait cons-  
 physaire ou diaphysaire du cartilage  
 ne dans l'épiphyse est nettement  
 bcès intra-condyliens du fémur chez  
 gine diaphysaire dans le point appelé  
 e de l'os est moins nette, car dans

tous les os où le bulbe était malade, l'épiphysaire et à un degré au moins égal. Cependant très probablement le point de départ dans le premier malade; le début des accidents en effet d'une infiltration purulente plus abondante de l'os et les fissures qu'on y remarquait évidemment en faveur de cette opinion.

Quant au cartilage de conjugaison du fémur, il localise le début de l'affection, nous l'avons vu normal, tantôt atteint, mais toujours sec.

Enfin, l'abcès sous-périostique de la clavicule du second malade dans le cours de la maladie confirme l'origine périostique, puisque l'intérieur était sain en apparence et que le périoste était le siège de l'abcès.

En somme, nos deux observations démontrent que les incisions dans les cas d'abcès sous-périostiques confirment indirectement l'extension préconisée par le professeur Lannelongue. En outre que le siège primitif de l'affection est osseux et médullaire, a été également qu'il occupait, dans tous les cas, le voisinage du cartilage de conjugaison. Elles paraissent donc justifier le nom de phlegmon osseux proposé par Larger et le nom de phlegmon osseux qu'il a proposé en 1883 à la Société de chirurgie fondée sur la clinique et qui a l'avantage d'être suffisamment exacte de la nature et du siège.

## CORRESPONDANCE

### DEUX CAS DE GUÉRISON DE PSEUDO-PARALYSIE SYMPHYSEAL

Par le D<sup>r</sup> A. LACGER, médecin du dispensaire Englemann.

Dans son numéro du mois de mai, la *Revue* publie trois cas de guérison de pseudo-paralysie symphyséale.

interne des hôpitaux de Paris.  
 sion, vu le nombre de guérisons  
 ajouter deux autres cas, que j'ai  
 l'année 1886.

on me présente au dispensaire l'enfant  
 un enfant nourri au sein de sa mère et  
 me quinzaine cet enfant a la respiration  
 les deux narines; il y a huit jours la  
 localisée d'abord aux deux fesses, s'est  
 postérieure et interne des cuisses.

uve qu'il s'agit d'un coryza syphilitique  
 papuleuses sur les fesses et les cuisses.  
 ts syphilitiques des parents ne donne  
 nais eu d'autre enfant et n'a pas fait de  
 actuellement aucun signe de syphilis.  
 3wieten, 2 gr. par jour.

urs après avoir commencé le traitement  
 nène, disant que depuis la veille son  
 n mouvement avec le bras droit et que  
 e bras lui arrachait des cris.

uvements du bras droit sont entièrement  
 cée directement au-dessus du coude est  
 érieure de l'humérus est épaissie dans  
 tion est nettement limitée à l'extrémité  
 ation du coude est intacte, il n'existe ni

syphilitique du bras droit.

e droit dans une gouttière et la liqueur  
 4 grammes par jour.

dire le 25 août, les mouvements sont  
 orte trace d'affection décrite plus haut a

t entièrement que 15 jours plus tard,  
 qu'au mois de novembre.

t donnée jusqu'à fin décembre.

uelques jours, il a un an, se porte très

bien, a 4 dents, ne porte aucune trace de rance entre les deux bras, dont il se sert éga

Obs. II. — Au commencement du mois de consulter pour l'enfant Alfred A..., âgé de 7

Depuis un mois, la mère a remarqué que s bras gauche et criait quand on imprimait membre; il y a huit jours mêmes symptômes

Il s'agit d'un enfant qui est élevé au biber grande maigreur et porte sur sa face la pâleur syphilitiques. Il pousse des cris perçants que bras pendent inertes le long du corps, la p complète, l'enfant remue légèrement les doi une épingle.

Les épiphyses inférieures des deux humé reuses à la pression, pas de crépitation : sei

Au bout de 15 jours d'immobilisation dans ment mercuriel par la liqueur de van Swie par jour, le bras gauche, le premier attein tandis que le bras droit met cinq semaines à

En ce moment l'état général de l'enfant lioré, il a meilleur appétit, dort bien; son d'un enfant vigoureux, mais l'état cachectiq

La liqueur de van Swieten est administré

Au mois de février, quand l'enfant a 5 m d'une éruption de syphilides papuleuses sur face couverte de syphilides papuleuses et ul fissures labiales.

Malgré un traitement très énergique par l des bains de sublimé, cette éruption met deu

Aujourd'hui l'enfant a 9 mois, est très bi trace de son affection paralytique; il n'a pas poignets et aux cous-de-pied des nodosités r

Comme pour le premier cas l'enquête ne fo précis sur les antécédents des parents; la m enfants vivants, dont l'aîné est en bonne sa au monde avant celui qui a fait l'objet de r l'âge de 12 jours.

J'ai vu dans le courant de l'année 1

Malheureusement cet enfant s'est  
institué et je ne sais pas ce qu'il est

2 cas de pseudo-paralysie syphi-  
double point de vue :

ion osseuse dans le 1<sup>er</sup> cas a été  
celle des syphilides et du coryza  
paralysie.

le bras gauche atteint 3 semai-  
nit avant celui-ci.

est non sûrement établi dans l'un  
té constaté ici et nous autorise à  
ce était en voie de guérison avant  
ne fût institué et que la pseudo-  
guérir spontanément sans aucun

rapide de la paralysie dans tous  
jusqu'ici atténue considérable-  
é par Parrot et des observations  
être, que la pseudo-paralysie  
grave que n'importe quelle autre  
héréditaire.

---

## DIVERSES

---

*ectionskrankheiten. (Notions sur le*  
*fièvres), par DORRENBURG. (Deutsche*  
*ralbl. f. Kinderhk, n° 5.*

s modernes qui considèrent les maladies  
une invasion de l'économie par des mi-  
berg étudie d'abord les diverses moda-  
érentes portes d'entrée (tube digestif et  
ensuite sur le traitement des maladies  
rales qui peuvent être résumées en trois

1°) Arrêter la marche de l'infection par le fectieux sur toutes les surfaces du corps qui surtout atteint par une prompté évacuation

2°) Eliminer de l'organisme en temps opp et surtout leurs ptomaines, en renforçant au naturelle des différents organes (intestins, re

3°) Augmenter la force de résistance du c rents organes par une alimentation abondan température au moyen de la médication hyd tipyrrétiques et finalement par l'administratio priés, dont un certain nombre appartiennent

Relativement au premier point, c'est-à-dir testin, l'auteur préconise l'emploi du calome bismuth. Cette combinaison a ses préférence sous-nitrate de bismuth forme à la surface d ue vernis qui met le calomel en contact plus in tinale, et que de cette façon l'action thérap considérablement renforcée. Suivant le dos obtient à volonté soit un effet purgatif, soit

Telles sont les idées théoriques de l'auteu ment au traitement de la fièvre typhoïde, de

Pour ce qui concerne d'abord la fièvre ty arrive facilement à la faire avorter lorsque d cuer rapidement l'intestin et d'administrer calomel, à doses purgatives. On ajoute enco de séné de façon à obtenir 6 à 8 selles dans

Voici donc quelle est suivant l'auteur, la ment de la fièvre typhoïde : Immédiatemen temps, tous les jours 9 à 12 pilules conte de bismuth 0,05 et calomel, 0,025 ; en outre que l'on obtienne 6 à 8 selles dans les 24 he sième indication. c'est-à-dire à l'abaissemen ne dispose d'aucun traitement méthodique p cas ; il conseille d'agir sans préméditation c constances. Il confirme cependant les bons eff de la méthode de Brand.

Dans la dysenterie, l'auteur a vu dans un la fièvre et les hémorrhagies cesser dès le de de doses successives de calomel.

ique au choléra la thérapeutique suivante : calomel à doses même temps ingestion de lait en quantité abondante pour formation dans l'organisme du calomel en sublimé. A cela jointes des infusions soit sous-cutanées soit péritonéales, sodium, des stimulants tels que la strychnine et l'acide tannique et les enveloppements hydropathiques.

Enfin, l'auteur emploie à côté de la désinfection de l'intestin le mercure comme moyen empirique. Cet agent provoque l'écoulement abondant et amènerait du côté des muqueuses atteintes, l'écoulement favorable. Le traitement local consiste simplement en irrigations répétées avec de l'eau tiède, pour éviter, autant que possible, l'écoulement de substances purulentes.

Enfin, pour la scarlatine, l'auteur prétend arrêter la marche de la maladie au moyen de l'iodure de potassium dont la dose varie de 0,1 à 0,2 gramme par jour, selon l'âge des malades.

**Ursache der Scharlachnephritis.** (*Des causes de la néphrite scarlatineuse*), par N. FILATOW. (2<sup>e</sup> congrès des médecins à Berlin, 1887, n<sup>o</sup> 6.)

On trouve dans la scarlatine deux formes de néphrite: la néphrite aiguë survient au début de la maladie, et la néphrite parenchymateuse survient avec le stade de la desquamation. C'est à tort qu'on a attribué l'albuminurie du début de la maladie sur le compte d'une dégénérescence granuleuse de l'épithélium qui tapisse les canalicules. En effet, les recherches de Crooke et Polubinski ont montré que dans la maladie cet épithélium est intact. Par contre, on trouve dans les glomérules une prolifération des noyaux endothéliaux, une hypertrophie de l'épithélium qui tapisse la capsule de Bowmann et une diminution de la lumière des capillaires. Bartels a voulu expliquer l'albuminurie dans la scarlatine par une modification de la porosité des glomérules, à la suite de l'élévation de la température. Cette explication ne passe pas la critique, car la durée et l'élévation de la température ne correspondent pas toujours au degré de l'albuminurie et à la dégénérescence granuleuse de l'épithélium. L'auteur insiste sur ce fait que dans la pneumonie par exemple, l'élévation de la température persiste pendant plusieurs jours, sans qu'il se produise une albuminurie, tandis que dans la diphtérie parvenue de très bonne heure la dégénérescence graisseuse des



organes parenchymateux, alors que la température est à peine au-dessus de la normale.

Il est beaucoup plus logique de chercher dans l'agent infectieux même la cause de la fièvre et de la dégénérescence granuleuse qui caractérise toutes les maladies fébriles. MM. Bouchard et Wisokowitz ont démontré que l'élimination par les reins de micro-organismes qu'on a injectés sous la peau, amène toujours des altérations rénales.

Ce sont toujours les glomérules et les canalicules urinifères adjacents qui présentent les lésions les plus intenses.

Les capillaires des glomérules contiennent en grand nombre les micro-organismes qu'on a préalablement injectés sous la peau et l'albuminurie cesse seulement au moment où l'élimination des micro-organismes est complètement terminée. Si l'on songe que dans les premières périodes de la scarlatine, les glomérules sont malades en premier lieu, que d'un autre côté Polubinski est parvenu à constater dans les capillaires de ces glomérules des micro-organismes absolument semblables à ceux qu'on trouve communément dans le sang et dans les vésicules de la scarlatine miliaire, si l'on réfléchit en outre que la disparition de l'albuminurie (du huitième au cinquantième jour) coïncide exactement avec la disparition des micro-organismes du sang l'on est forcé d'admettre suivant l'auteur, que la néphrite qui survient dans le premier stade de la scarlatine, est bien le résultat de l'irritation exercée sur le glomérule par ces micro-organismes mêmes.

Mais pour l'auteur, la néphrite secondaire beaucoup plus tardive, serait également de nature parasitaire. En effet, les modifications anatomiques de la néphrite secondaire seraient identiquement les mêmes que celles qui caractérisent la néphrite primitive, entre les deux il n'y aurait qu'une différence de degré, différence qu'on pourrait expliquer par le moment où les lésions rénales ont été examinées.

L'auteur ne croit cependant pas que le froid n'exerce pas une influence très nette sur le développement de la néphrite; il est d'avis qu'on fasse garder le lit pendant au moins trois semaines aux individus atteints de scarlatine.

---

**Multiple Papillombildung im Kehlkopf.** (*Papillomes multiples du larynx*), par F. GANGHOFNER. (Prag. medic. Wochenschr.), 1887, n° 10. Centralbl. f. Kinderhk, n° 5.

Le 24 février dernier, il se présenta à l'hôpital François-Joseph, une fillette âgée de 4 ans, qui avait tous les symptômes d'une laryngo-sténose

au stade de l'asphyxie. Dans les antécédents elle avait été atteinte, 4 mois auparavant, d'une maladie était venue se joindre une coqueluche à cette époque, qu'elle présenta un enrrouement marqué.

Elle devint complètement aphasique ; elle perdit la respiration qui ne parut avoir peine de gravité. Mais les dix derniers jours, et dans la nuit qui précéda son admission, elle eut des accès d'étouffements si intenses qu'elle mourut dans ces conditions, l'examen laryngoscopique, séance tenante, la trachéotomie, n'apporta aucune amélioration. Elle mourut quelque peu à la suite de cette trachéotomie. La rémission fut de courte durée et l'enfant mourut. A l'autopsie, on put constater qu'au-dessus de la glotte, il existe un certain nombre de nodules, constituées exclusivement par des éléments cartilagineux. Sur la corde vocale droite se trouve complètement recouverte, sur la corde vocale gauche, on trouve une tumeur de même nature, présentant l'apparence d'une tumeur. Dans le larynx au niveau de la commissure antérieure, il existe une tumeur du volume d'un noyau de cerise. Le tissu pulmonaire est quelque peu boursouflé. Sur des bords antérieurs du poumon ; dans le lobe droit, on trouve un grand nodule, dans le gauche, on trouve un grand nodule. Dans le lobe médian du poumon droit, on trouve un nodule du volume d'une noisette, les ganglions bronchiques sont également le siège d'une infiltration.

Statistique des tumeurs du larynx dans la population. — Fréquence relative de ces productions et leur évolution. — Vers l'âge de 3 à 4 ans et confirme l'opinion de Servin, que les laryngites intenses, les érythèmes et exanthématiques et particulièrement la coqueluche, sont le point de départ du développement des tumeurs. — Suite au pronostic et au traitement de ces tumeurs. — Progrès qui ont été réalisés dans la technique du traitement chez les enfants, permettent d'espérer de meilleurs résultats de cette maladie.

**Ueber Antisèptik bei Neugeborenen.** (*De l'antisepsie chez les nouveau-nés*), par N. MILLER. (2<sup>e</sup> Congrès des médecins russes à Moscou. — Centralbl. f. Kinderhk, 1887, n<sup>o</sup> 5.)

Suivant l'auteur, l'insuffisance des précautions antiseptiques est très fréquemment chez les nouveau-nés, la cause de la septicémie et de la pyémie. A la crèche de Moscou, 7 à 800 nouveau-nés succombent annuellement à la pyémie. L'auteur range tous les cas de pyémie en trois groupes :

1<sup>o</sup> La maladie débute déjà dans le cours des trois premiers jours de la vie. A ce moment, le cordon ombilical est encore frais, ou commence à peine à se flétrir. Dans ces cas, l'infection remonte nécessairement à la vie intra-utérine. Les organes ne sont le siège d'aucune altération spéciale, on ne trouve à l'autopsie que ce qu'on appelle la dissolution du sang.

2<sup>o</sup> La pyémie débute vers le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour qui suit la naissance et coïncide avec la chute du cordon ombilical. L'autopsie donne généralement les résultats suivants :

Infiltration purulente et dégénérescence graisseuse des organes, inflammation du péritoine et des plèvres, endocardite ulcéreuse. Dans ces cas, le point de départ de l'infection doit être cherché incontestablement dans l'ombilic.

3<sup>o</sup> La pyémie ne survient que tardivement. C'est dans les conditions anti-hygiéniques de la crèche que se trouve la source de ces cas d'infection. Cette forme de maladie vient souvent compliquer divers processus inflammatoires. A l'autopsie de ces pyémies tardives, on trouve généralement l'ombilic sans aucune altération. La seule lésion qu'on trouve c'est tantôt une stomatite (muguet), tantôt de l'intertrigo ou des rhagades autour de l'anus consécutivement à une diarrhée.

L'auteur fait remarquer que l'inflammation du cordon ombilical s'observe très fréquemment chez les enfants atteints de blennorrhœa neonatorum. Il importe donc de soigner chez eux le cordon avec une sollicitude toute particulière.

Relativement au traitement du cordon ombilical, l'auteur préconise la méthode de Runge qui consiste à dessécher le cordon, à le saupoudrer avec de l'acide borique et à l'envelopper dans une couche d'ouate salicylée. Lorsque le cordon suppure il est nécessaire de pratiquer des lavages avec une solution d'eau phéniquée et d'appliquer un pansement iodoformé. Le muguet ou bien les rhagades autour de l'anus doivent être l'objet de soins antiseptiques minutieux.

ens. (*Urticaire intermittent*), par SOLTSMANN.  
WILH. AUG. HOSP. — Centralbl. f. Kinderheilk.

une fille âgée de 10 ans, très anémique, qui aurait déjà eu plusieurs accès de fièvre paludéenne. Au moment de son admission elle présentait des accès de fièvre affectant le type intermittent et d'une tuméfaction considérable de la rate. Pendant la durée de l'accès on voyait survenir à la surface de la jambe des plaques d'urticaire prurigineuses qui disparaissaient rapidement, sans laisser aucune trace, ni rougeur ni desquamation. Sous l'influence des bains et du sulfate de quinine, la fièvre disparut simultanément. Des observations du même genre ont été publiées par Scorezewski, Zeissl, Neumann.

**Fracturen der tibia.** (*Des fractures intra-utérines*) par H. BRAUN. (Archiv. f. Klinische Chirurgie, Centralbl. f. Kinderhk., 1887, n° 7.)

Les fractures intra-utérines du tibia ne sont pas exceptionnelles à l'occasion d'en observer cinq.

Le signe le plus remarquable et le plus constant de ces fractures, se traduit par une incurvation ou une inflexion à angle plus ou moins aigu, au niveau du tiers inférieur de la jambe, cette déviation telle que le pied correspondant est dans certains cas dévié en arrière et devient absolument impropre à la marche. La convexité, la peau qui recouvre la jambe présente des modifications que l'on peut considérer pour ainsi dire comme des cicatrices, tantôt il s'agit d'un simple pli cutané anormal, d'autre part on trouve en ce point une cicatrice longitudinale laquelle adhère au tibia sous-jacent, tantôt au contraire forte et saillante.

Cette portion de la peau a encore été le siège d'une ulcération après la naissance. Ces lésions cutanées sont de deux façons différentes : ou bien la peau a été lésée aux bords osseux au moment de la fracture, ou bien il y a eu mort de gangrène de la peau, par suite de la pression exercée sur le tibia infléchi à angle plus ou moins aigu. Les fractures intra-utérines entraînent en outre d'importantes anomalies du nombre des orteils et l'absence partielle d'un orteil. L'arrêt de développement du péroné est intimement

lié aux fractures intra-utérines du tibia, en effet, sur 23 cas de fractures il a été observé 16 fois, tandis qu'en dehors des cas de fracture intra-utérine du tibia, cet arrêt de développement du péroné constitue une véritable rareté clinique. Une autre conséquence de la fracture du tibia c'est un arrêt de développement à peu près constant de tout le membre correspondant. Cet arrêt de développement qu'on voit déjà nettement au moment de la naissance s'accroît considérablement avec l'âge, il devient d'autant plus marqué que la jambe a marché davantage.

Cette difformité caractéristique du tibia a été expliquée différemment par les auteurs. Broca et Blasin ont pensé qu'elle était le résultat d'une ossification insuffisante; Houel l'a mise sur le compte du rachitisme. Gurlt le premier l'a attribuée à une fracture ou inflexion de l'os, fracture qui peut être le résultat d'une violence exercée sur le ventre de la mère ou d'une pression de l'utérus sur le membre fœtal.

Relativement au traitement de ces fractures, l'auteur émet les idées suivantes : Dans tous les cas où la flexion du tibia est insignifiante, et lorsque le pied se trouve modérément renversé en arrière, ou encore d'une manière générale chez les enfants âgés de quelques mois seulement, il faut s'abstenir de toute intervention active. Lorsque l'arrêt de développement de la jambe est peu marqué, et que l'on a affaire à un pied équin peu accentué, une chaussure spéciale, pourvue d'un talon élevé peut parfaitement bien remédier à la difformité du membre. Au contraire la ténotomie du tendon d'Achille et le redressement de la position du pied sont indiqués lorsqu'il existe avec un faible raccourcissement de la jambe une contracture intense des muscles du mollet et un pied équin très accentué. Dans le cas où le tibia est fortement fléchi en angle presque droit la marche est fatalement impossible; il importe donc de pratiquer de bonne heure l'ostéoclasie ou éventuellement l'ostéotomie.

Dr G. BOEHLER.

---

**Groupe diphthéritiques d'emblée. Trachéotomie. Diphthérie de la plaie. Guérison,** par le Dr GEVAERT, aide de clinique à l'hôpital St-Pierre (service des enfants). Extrait du *journal publié par la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*. Le praticien est souvent embarrassé pour faire un choix entre les nombreux agents thérapeutiques préconisés par les auteurs, dans les cas de diphthérie.

Le tannin a eu entre les mains de l'auteur le bénéfice de deux guérisons. L'alcool avait été donné sous forme de vin de malaga dès le début

vait pas empêché, alors que l'affection oppriment d'une terrible complication, lors qu'on a eu recours à l'action du

e opération heureuse de croup, la ca-  
vait respirer avec facilité quand le len-  
âtre, blafarde, tapissée de membranes  
ance au niveau de cette plaie mesurait  
de deux francs et était encadrée par  
use. Les ganglions cervicaux étaient  
et d'abatement profond, éprouvait un  
nents.

escrivit une solution de tannin en pul-  
que, d'heure en heure, avec un panse-

la plaie avait repris un aspect vivant,  
ante. Ces pulvérisations furent conti-  
n air. Il a quitté le service complète-  
près sa première amélioration.  
appliqué à un autre cas très analogue,

ents résultats contre la diphthérie entre

---

scarlatineuse). — Note clinique, in  
*Journ.*, 25 juin 1887.

érations publiées sur ce sujet dans les  
dans le *Brit. Med. Journ.* du 28 mai  
mention de cette affection dans l'édi-  
*re of Diseases*, publiée par le Royal  
lon en 1885. Il est question, au con-  
sécule épidémique (*epidemic roseole*  
un grand nombre de cas (environ 20  
porté sur des adultes). L'incubation a  
a rougeole que celle de la scarlatine.  
vomissement a été assez ordinairement

é des cas, une complication à la gorge  
. La langue scarlatineuse a été loin de

se montrer aussi fréquente. Cette dernière s'est nettoyée, même avant que l'éruption ait entièrement pâli.

La température et les symptômes ont généralement pris un caractère très marquée au début de la maladie. L'éruption a été très accentuée dans deux cas. Chez un adulte cette éruption ne pouvait être discernée de celle de la scarlatine et couvrait toute la surface du corps, mais elle disparut sans fournir même le contingent de desquamation furfuracée qui n'est pas rare dans la rougeole. Dans ce cas, les yeux étaient fortement injectés et il y avait un peu de délire.

Il y avait aussi des symptômes bronchiques. L'éruption avait été multiforme mais ressemblait surtout à celle de la scarlatine. Elle se montrait dans l'ordre de succession que l'on rencontre dans la rougeole et durait environ trois jours.

La desquamation a été variable, elle a été complète dans deux à trois cas, légère dans quelques-uns et absolument nulle dans le plus grand nombre.

Trois des malades ont été traités auparavant par l'auteur pour la rougeole et sa conviction est que les autres aussi avaient souffert de cette maladie.

L'intensité de la contagion a été variée. Dans certaines familles, tous les enfants ont été touchés. Dans deux familles de huit enfants, il n'y a eu qu'un enfant par famille qui ait été atteint. Dans aucun cas, un membre adulte de ces mêmes familles ne fut touché par la contagion. Les mesures de protection ont été les mêmes dans tous les cas : séparation des malades, le plus loin possible du groupe familial, large emploi des désinfectants ; suspension d'un rideau trempé dans une solution désinfectante dans le chambranle de la porte.

Aucun cas n'a causé d'inquiétudes. Dans ceux que l'auteur a traités, le carbonate d'ammoniaque a été employé et toujours avec les apparences d'un bon succès.

La convalescence a été rapide et complète et il n'y a pas eu de suites à constater (D<sup>r</sup> ROBERT BATHO. Pontrefract.).

---

**On the Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. (Du traitement de la luxation coxo-fémorale congénitale de la hanche),** par le D<sup>r</sup> RICHARD BARWELL, in *the Brit. Med. Journ.* du 28 mai 1887.

L'auteur fait remarquer combien il est regrettable qu'une appellation comme celle de *luxation congénitale de la hanche* soit appliquée à des cas dans lesquels il n'y a pas séparation de parties qui aient

et en relations normales. Les luxations obstétricales sont des raretés ; celles qui tiennent à une arthrite sont de vue de l'esprit. La cause la plus fréquente des luxations de ce nom est une malformation de la cavité articulaire. Dans un grand nombre de cas la tête du fémur est, aussi, malformée : elle est plate et mal venue. L'absence ou l'absence du cotyloïde varie beaucoup en degré. Tous ces faits ont été le fruit du travail de l'auteur résident surtout dans les traités et dans les conséquences qu'on en peut tirer.

réduction, dans le sens ordinaire du mot, quoiqu'elle ne soit pas applicable à la luxation obstétricale.

M. Pravaz et par le Dr Buckminster Brown des réductions. Le premier a été atteint au plexus brachial et n'a pas résulté du remplacement de la tête du fémur prête à la recevoir mais dans l'élargissement du cotyloïde trop étroite.

luxation coxo-fémorale congénitale, le fémur évolue dans toutes les directions, sauf dans celle de

l'extension, qui s'accroît lorsque l'enfant est couché sur le dos. On observe d'un raccourcissement qui s'accroît lorsqu'on tire la jambe en haut et qui peut s'effacer en tirant la jambe

vers le haut. On ne doit pas confondre le soin de manipuler la jambe par le bas à la cuisse sur le grand trochanter et sur le pelvis de ces changements de relation entre ces parties, avec l'élévation vers la crête iliaque, toutes les fois qu'on tire la jambe en haut, et s'en écarter toutes les fois qu'elle est en bas. Dans beaucoup de cas, il peut observer un ressaut qui est un peu plus court seulement que le ressaut quelquefois très marqué. Celui qui tient à remarquer et percevoir en même temps une élévation où il redescend la jambe. Ce ressaut est dû à l'impulsion d'un bord osseux, dû à l'absence du cotyloïde ébauchée qui pourrait être élargie ou anulaire pourrait être foulée par une application constante de la tête du fémur.

est l'existence d'une contracture musculaire ou



plutôt d'un raccourcissement tenant à ce que la dimension du membre inférieur abandonné à lui-même traction. Ce raccourcissement dont Pravaz et Bro par une traction longuement continuée peut être commodément obtenu pour le malade par une sect

OBSERVATION I. — Petite fille âgée de 12 ans. seulement avec un balancement de corps caracté précoce. Prescription préalable au traitement d'un étroitement le bassin et enfermant l'extrémité supérieure les appendices nécessaires pour se prêter à une longée.

Opération avec anesthésie. Section du tendon par le côté externe. Division de ce muscle ainsi que tie des court et large adducteurs, en tenant l'ins os du bassin. En continuant la traction en bas on antérieur était très tendu et la section en fut o l'épine iliaque antérieure et inférieure. Les mêmes au membre inférieur droit, en y ajoutant la section fessier. Les piqûres nécessitées par les ténotomi plâtre et de collodion et l'extension fut pratiquée a livres. Décubitus dorsal pendant six semaines, é qu'à quatre livres dans la première quinzaine. Usi cial pour la gymnastique des mouvements. Apru puis cannes. L'année suivante la petite fille marc ressaient, ni inflexion du corps.

OBSERVATION II. — Petit garçon âgé de dix fémorale congénitale de la hanche gauche. Divisi du droit antérieur. Rien du moyen fessier. Immo d'un appareil à tuteurs avec ceinture pelvienne aussi longtemps que le premier cas pour vérifier la miers résultats lesquels ont été excellents.

---

*Le gérant : C*

BIENSUELLE

DES

DE L'ENFANCE

et 1887

---

ORIGINAUX

---

DANS LA THÉRAPEUTIQUE  
ANTILE

Correia, de Rezende (Brésil).

---

...iale que l'enfance ressemble à la  
...orts ; les points de contact entre  
...existence sont très fréquents et  
...pathologie et dans la thérapeu-

...tique. L'emploi des alcooliques, qui trouvent les plus impor-  
tantes indications chez les vieillards et chez les enfants,  
témoigne d'une façon éloquente en faveur de la vérité de ce  
fait.

Depuis les études et les observations de Todd et de plu-  
sieurs autres praticiens de l'école anglaise, on commença  
à préconiser les alcooliques dans certaines maladies de l'appa-  
reil broncho-pulmonaire, et au bout de peu de temps, l'alcool  
devint le médicament principal et presque exclusif des pneu-  
monies.

L'engouement exagéré, auquel donna naissance cette médi-  
cation nouvelle, a entraîné les esprits à administrer à tort

et à travers l'alcool aux pneumoniques, sans tenir compte des indications, et il faut venir jusqu'aux travaux des cliniciens contemporains pour voir l'emploi de la médication alcoolique établi sur des bases pratiques et sages. C'est à Chomel et à Béhier, puis plus récemment à Jaccoud, à Peter et à Germain Sée que revient surtout le mérite d'avoir mis en relief le vrai rôle des alcooliques dans le traitement des pneumonies, et démontré d'une façon nette et péremptoire que l'alcool n'est indiqué que dans les cas où il s'agit de processus pneumoniques atteignant des sujets affaiblis et cachectiques, de pneumonies bâtarde et insidieuses, de broncho-pneumonies tuberculeuses ou alcooliques, de pneumo-typhus, de pneumonies infectieuses, toutes les fois que l'on a affaire à des phénomènes adynamiques, à des symptômes de collapsus qui ne manquent pas de se montrer dans de pareilles conditions.

C'est également aux cliniciens et aux thérapeutistes modernes que l'on doit le précieux service de l'établissement des indications formelles de la médication alcoolique dans la fièvre typhoïde et dans d'autres maladies fébriles qui s'accompagnent si souvent d'une prostration marquée des forces de l'organisme et d'une dépression nerveuse accentuée.

On peut donc dire que, chez les adultes, les services signalés que nous rend l'emploi de l'alcool dans un grand nombre d'affections ne sont ignorés de personne et que les indications aussi bien que les contre-indications de cette médication efficace, entrée dès maintenant dans la pratique journalière, sont parfaitement étudiées et établies.

Par rapport à l'enfance, les choses sont bien différentes : il n'y a pas bien longtemps qu'on ne songeait même pas à recourir à l'alcool dans les maladies infantiles ; il régnait la croyance que les jeunes sujets supportaient très difficilement les boissons spiritueuses, dont l'administration pouvait même entraîner des inconvénients sérieux.

Dans ces dernières années, cette manière de voir s'est quelque peu modifiée, et des pédiâtres autorisés se sont

en relief les avantages de l'alcool dans  
de l'enfance, en faisant voir en même  
ce cet agent prudemment manié chez les  
endant ces idées ne se sont pas généra-  
pédiâtres modernes parlent avec insis-  
que l'on peut tirer de l'usage des alcoo-  
nts, un grand nombre de cliniciens qui  
cine infantile ne font que mentionner  
it à propos de quelques maladies et ne  
a mettre en relief d'une façon détaillée  
bons effets.

iâtres, Hénoc'h d'une part; Barthez et  
ns leurs excellents traités des maladies  
d'une façon plus positive les bons effets  
l'administration des alcooliques dans les  
ncho-pneumonies, la tuberculose et dans  
ffections de l'appareil digestif; ils cher-  
vidence la valeur des boissons spiritueu-  
où il survient des phénomènes adynami-  
ême temps de la tolérance des enfants  
apeutique, qui, sagement utilisé, n'en-  
nients.

it aux pédiâtres anglais que l'on doit  
l'emploi de l'alcool dans la médecine  
x qui ont établi sur des faits cliniques la  
a médication alcoolique dans un grand  
chez les enfants. West, en Angleterre,  
x Etats-Unis, se montrent les partisans  
tes de l'administration des substances  
dans les broncho-pneumonies et dans  
ogiques de l'appareil digestif.

Simon s'est occupé de cette question  
istrale, et l'on peut considérer la belle  
éminent pédiâtre a consacrée à l'emploi  
enfants comme le meilleur travail d'en-  
. Ce distingué clinicien y entre en de

larges développements sur la médication alcoolique et envisage la question sous divers rapports, il y discute, d'une façon nette, les avantages de l'alcool dans différentes maladies infantiles et établit sur des bases solides les indications de cet agent thérapeutique.

Depuis les premières années de ma carrière médicale, j'ai eu recours à la médication alcoolique dans la thérapeutique infantile et les nombreux faits cliniques que j'ai observés confirment d'une façon évidente les brillants services que nous rend l'alcool dans la pratique pédiatrique.

De prime abord, la clinique m'autorise à affirmer que les jeunes sujets supportent les préparations alcooliques plus facilement que l'on ne serait tenté de le croire ; il suffit qu'on ait le soin d'administrer l'alcool à des doses fractionnées, en donnant la préférence aux alcools de bonne provenance. A la faveur de ces précautions, les petits malades supporteront à merveille les alcooliques et en retireront des résultats précieux et remarquables.

Parmi les affections où l'emploi de l'alcool trouve des indications plus précises et plus étendues, nous avons à considérer surtout les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et certaines pyrexies.

**AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES.** — Nous pouvons diviser les états pathologiques de l'appareil respiratoire justiciables de la médication alcoolique en maladies aiguës et maladies chroniques.

*a. Maladies aiguës.* — C'est dans les bronchites capillaires et dans les broncho-pneumonies primitives ou consécutives à la coqueluche et à la rougeole, que les alcooliques rendent les services les plus signalés et nous procurent même des triomphes éclatants et merveilleux.

La fréquence extrême et la gravité extraordinaire de la bronchite capillaire et des broncho-pneumonies chez les enfants, et la mortalité entraînée par ces affections aux premiers âges est énorme et effrayante. Beaucoup d'enfants

par cette redoutable affection, la santé; en peu de temps les symptômes de l'asphyxie et à la paralysie, qui se montrent engorgés ne peuvent fonctionner.

C'est à l'adynamie qui se présente et à nous attaquer d'une façon si prompte dès les premiers jours, et surtout, l'enfant s'affaiblit à vue d'oeil, la musculature bronchique se relâche et sans perte de temps les symptômes les plus graves, à savoir la cyanose, et vous verrez les forces se relever, la dyspnée s'atténuer, les symptômes redoutables s'amender. Les médicaments à faire dans de pareilles circonstances sont complètement contre-indiqués, car ils produisent des effets fâcheux, en déprimant surtout l'adynamie pulmonaire. La saignée des alcooliques est contre-indiquée.

Enfin, l'occasion de constater les succès de cette méthode en pratique; nombre de fois, les symptômes ont été vaincues dans ces véritables triomphes, que j'ai vu et connus. Je ne puis citer le cas d'un enfant âgé de deux ans, atteint d'une bronchite aiguë compliquée de catarrhe suffocant; ce petit enfant a succombé à l'asphyxie et l'enfant ne pouvait plus respirer. Le tableau effrayant j'ordonne la saignée comme il suit :

.....	30 grammes
.....	25
.....	5

Mêlez. A prendre une cuillerée à café de demi-heure en demi-heure.

Je fais donner en outre à l'enfant du lait, par cuillerées à café peu espacées.

J'ordonne en même temps l'application de deux mouches de Milan à la région postérieure du thorax.

Le lendemain je reviens, presque sûr de la terminaison fatale de l'affection. Quelle n'a pas été ma surprise, en voyant le petit malade calme, respirant à peu près normalement et prenant le sein avec avidité. L'asphyxie, qui était très marquée, s'était beaucoup amendée, les forces étaient revenues. L'état général se montrait sensiblement plus favorable. En l'examinant, je constatai une décroissance frappante des phénomènes locaux; les mouvements respiratoires se montraient moins fréquents et plus profonds, le parenchyme pulmonaire plus perméable à l'air.

Je fis continuer la potion à l'eau-de-vie, et, au bout de peu de jours, après avoir pris un vomitif, l'enfant put être considéré comme guéri.

Je possède plusieurs autres observations, dans lesquelles, sous l'influence du traitement alcoolique, la transformation a été prompte et radicale, évidente et marquée.

Dans les pneumonies lobaires, qui, soit dit en passant, sont rares chez les enfants, les alcooliques m'ont rendu des services réels et précieux toutes les fois que j'y ai eu recours.

Dans les bronchites aiguës des grosses ou des moyennes bronches, j'emploie l'alcool comme un adjuvant efficace du traitement, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants faibles et malingres, chétifs et lymphatiques, chez qui la plus légère maladie s'accompagne, en règle générale, d'une dépression générale des forces.

La *tuberculose* qui dans l'enfance revêt, dans l'immense majorité des cas, la forme suraiguë ou aiguë, constituant la phthisie granuleuse et la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë et subaiguë, est plus souvent justiciable de la médi-

, dans beaucoup de cas, donne d'excel-

culieux, se greffant en général sur des atrophie insuffisante, le bacille de Koch, inférence sur le terrain de l'hypotrophie physiologique, les indications de l'emploi des sont positives et pressantes dans ces cas. Je ne puis qu'à me louer d'avoir eu recours aux liqueurs dans la tuberculose pulmonaire infantile, la broncho-pneumonie aiguë et subaiguë : Tout récemment un tout jeune enfant âgé de 13 mois atteinte de broncho-pneumonie, j'ai retiré de la médication alcoolique, et c'est aux liqueurs, à l'eau-de-vie, au vin de Malaga, continuez la persistance, que ce petit être a dû son soulagement marqué des phénomènes effrayants qu'il présentait. Ce tout jeune enfant est à peu près remis. Je puis encore citer, comme succès de la médication alcoolique, le cas d'un jeune garçon duquel j'ai été appelé en consultation pour des symptômes de tuberculose aiguë, à l'origine de la maladie ; ce malade qui semblait voué à la mort, s'est rétabli d'une façon frappante, à la suite du traitement dont l'alcool a fait presque tous

les succès. — *Chronicité des broncho-pulmonaires chroniques.* — L'alcool est indiqué dans les catarrhes pulmonaires, dans les bronchites chroniques qui, fort souvent, commencent dès les premiers jours de la vie et se prolongent indéfiniment, préparant le terrain à l'éclosion des tubercules. Le traitement doit être continu ; le vin au phosphate mono-calciqne, la liqueur de goudron, seront prescrits à la dose de 10 à 20 grammes par jour, à condition d'interrompre de temps en temps le traitement, toutes les fois qu'un traitement continu sans interruption ne serait



peut-être pas sans de sérieux inconvénients nécessaires.

Dans la phthisie chronique, dans la tuberculose qui s'observe parfois chez les tout jeunes enfants, l'expérience clinique de Cadet de Gassicourt en tout cas atteint fréquemment les enfants alcooliques donnent également d'excellents

Enfin dans l'asthme et dans l'emphysème la suite de la coqueluche, l'alcool constitue une partie accessoire du traitement ioduré, qui doit être titré le plus tôt possible.

**MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.** — d'embarras gastrique aigu, qui se manifeste suite d'une indigestion et qui est caractérisé par des vomissements fréquents et opiniâtres et par une irritation des premières voies, l'alcool trouve son indication et donne d'excellents résultats.

Je l'administre, dans ces conditions et dans les cas où il s'agit d'états dyspeptiques chroniques, d'abus de régime, si communs à cet âge, d'abus de liqueurs et je formule ordinairement une prescription en y ajoutant du bicarbonate de soude et une ou deux gouttes de créosote. Sous ce traitement, j'ai vu fréquemment les vomissements cesser, les forces digestives reprendre, l'état général se relève et que la faiblesse disparaît. Et Pepper, dans leur excellent traité des maladies de l'enfance, se louent beaucoup de cette pratique, qui a été féconde en succès remarquables.

Mais si la dyspepsie s'accompagne d'acrolisme, si une congestion concomitante de la rate se montre, les alcooliques sont contre-indiqués, vu que dans de pareilles conditions l'effet d'augmenter l'engorgement du foie et la sécrétion biliaire, en aggravant par là la situation.

forme, le choléra infantile, qui constitue d'une gravité extrême, susceptibles de compromettre la vie des petits malades, et qui dans les deux premières années de l'existence justifient formellement l'emploi de l'alcool. La médication que l'on pourra faire dispenser dans les cas de collapsus, l'adynamie accentuée des malades : et, nombre de fois, sous l'action de l'eau-de-vie, du cognac, du vin de quinquina, arrosés à café, toutes les heures, le refroidissement marqué des extrémités disparaîtra.

Un petit enfant que j'ai eu à soigner pour une entéro-colite à forme typhoïde, lequel a dû son salut à l'usage des potions alcooliques que je n'ai

pas cessé d'administrer, a obtenu, d'une façon marquée, des succès en continuant à administrer l'alcool dans les entéro-colites aiguës, et même dans les entéro-colites aiguës qui surviennent chez les enfants débiles et cachectiques mais, on le coupe avec de l'eau. Les résultats sont d'accord avec cette manière de voir. Le recours à la médication alcoolique dans cet état pathologique, si bien décrit par M. Bouchard, dans l'immense majorité des cas, à des degrés avancés, liés la plupart du temps à des affections chroniques. Dans ces conditions l'alcool est indiqué ; il doit cependant être administré avec toutes les précautions qu'il s'agit d'un traite-

ment alcoolique trouvent un excellent champ d'application dans certaines pyrexies, et surtout dans la fièvre typhoïde, et pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de constater les effets des boissons spiritueuses administrées dans cette maladie.

C'est notamment dans les diverses modalités fébriles de la malaria que j'ai employé avec un très grand profit les préparations alcooliques. Je possède plusieurs observations qui ont trait à des petits malades, atteints de fièvres typho-malariques et de fièvres rémittentes rebelles, auxquels j'ai administré, avec d'excellents résultats, l'alcool sous différentes formes. Nombre de fois j'ai vu des phénomènes francs d'intolérance gastrique, qui se montrent fréquemment dans les cas d'impaludisme aigu et qui embarrassent d'une façon marquée la médication quinique, s'évanouir, comme par enchantement, moyennant de petites doses d'une liqueur telle que le curaçao ou la liqueur de cacao coupée avec de l'eau de Vichy.

Dans certains cas de fièvres intermittentes rebelles, j'ai réussi à guérir les petits malades à l'aide du vin de quinquina que j'administre par grandes cuillerées après les repas. C'est surtout chez les enfants débiles et lymphatiques que cette pratique m'a donné de sérieux avantages.

Dans la *cachexie paludéenne*, on peut encore tirer un immense parti de l'alcool, qui rend dans ces conditions de précieux services, ainsi que dans les anémies en général. C'est au vin de quinquina pur ou coupé avec de l'eau que j'ai d'habitude recours dans ces cas. Dans l'*hypohémie intertropicale* le vin de quinquina constitue également une ressource d'une valeur incontestable.

L'alcool est aussi parfaitement indiqué dans le rachitisme, la scrofule et dans tous les états caractérisés par une dépression accentuée des forces organiques ou par l'abaissement du coefficient de la nutrition.

Cependant il faut, dans de pareilles circonstances, suspendre de temps en temps le traitement. Faute de cette précaution, on verra survenir différents phénomènes liés à l'action longtemps prolongée de l'alcool et qui se traduisent principalement par des troubles digestifs symptomatiques d'un catarrhe gastrique plus ou moins prononcé, aussi bien que par des accidents de polycholie tenant à un travail congestif du côté de l'appareil hépato-biliaire.

ANALYSE DIPHTHÉRIQUE  
PNEUMOGASTRIQUE (1)

(Couronné par l'Académie de médecine)

de SUSAN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le tableau que nous avons essayé de présenter aussi complète que possible, il paraît résolu que le pronostic ne saurait présenter de grandes

significations nominales du début, si souvent accompagnées de vomissements, peuvent-elles faire songer à un accès de colique ou néphrétique ? Cela nous semble d'autant plus probable que la rareté de ces coliques chez les enfants, est si différente. De plus, pour ce qui est de la diarrhée, même chez les adultes, les douleurs lombaires, les sédiments et de graviers dans les urines

cardiaques, à l'irrégularité des battements cardiaques pourraient faire songer un instant à l'infarctus ; mais dans cette affection il y a des signes du membre supérieur gauche qui n'existent pas dans la diphtérie.

La prédominance des symptômes pulmonaires, avant l'examen complet du malade, à l'absence d'inflammatoires du poumon. Mais, dans l'auscultation, l'auscultation ne fera trouver que des râles négatifs ; cependant, dans quelques cas on constatera quelques râles, soit disséminés dans l'une des bases ; mais l'apyrexie absolue de la sonorité thoracique permet de se garder d'une espèce d'erreur. La dyspnée, accompagnée de signes négatifs de l'auscultation et de la percussion, peut faire songer à la forme dyspnéique de l'urémie,

surtout s'il y ajoute des convulsions, comme ce taté parfois. Il ne faudra donc jamais négliger d urines ; si on constate la présence de l'albumin tic devra surtout être fait par les symptômes :

Lorsque les symptômes pulmonaires sont j et que l'on n'a pas eu l'occasion de suivre le ma rait être tenté de croire à un accès d'asthme ; m tômes gastro-intestinaux et cardiaques dissipent pareille idée.

Dans sa thèse inaugurale (1863), Duplessis r toire d'un enfant atteint de paralysie diphthéri du palais et du pharynx, et qui fut pris tout à c cation. A l'autopsie on trouva un bol alimen bronche gauche, mais dans des cas pareils on teinte cyanique de l'asphyxie et non la pâleur c que nous avons décrite.

Enfin à la suite de l'angine et pendant la pé tique, la diphthérie que l'on croyait disparue peu et donner lieu aux symptômes du croup. Mais l'erreur est impossible, le tirage laryngé, les ac cation et surtout l'auscultation, qui démonst n'entre pas dans les alvéoles pulmonaires, per jours de reconnaître la diphthérie laryngée.

Nous terminons ce chapitre en relatant les de la forme complète de la maladie que nous n l'occasion de donner dans le cours de notre tra

*OBSERVATION. — Désordres graves de l'innervat et de l'expiration par intoxication diphth*

Angine couenneuse envahissant une vaste surface che de vingt et un ans ; intoxication diphthérique produis jour, une paralysie du pharynx et du voile du palais, e septième jour, après une fausse couche de trois mois et phénomènes paralytiques, symptomatiques d'une lésion de 1° troubles graves de la circulation cardiaque, propres : nerf vague, et qui ont été dissipés par la faradisation cu

; 2° deux jours après, diplopie temporaire (pendant immédiatement de la paralysie hémiplegique de la moitié du côté gauche qui a été guérie en une heure), épanchée des régions envahies par la paralysie ; 3° deux jours après, retour des troubles fonctionnels graves de la circulation de nouveaux après deux jours de faradisation cutanée et nuit à des intervalles assez rapprochés sur la 4° troubles fonctionnels graves de la respiration, la paralysie des muscles expirateurs intrinsèques (de Reissessen), en d'autres termes, de la paralysie momentanément (pendant une demi-heure à une heure) reprises par la faradisation cutanée de la face ; 5° enfin formation d'écume bronchique par faiblesse de l'expiration ; mort le trente-huitième jour à deux heures

de l'observation que Duchenne, de Boulogne, a observé les mêmes symptômes que nous en avons en mémoire. Il continue par les lignes sui-

« ment pâle, lèvres décolorées, léger refroidissement des extrémités, anxiété précordiale avec inspiration un peu haletante, bien que le rythme respiratoire fût normal et qu'il n'y eût ni stridor, ni emphysème, ni râles ; petitesse du pouls (136 à 140 pulsations) avec une intermittence telle qu'il arrivait que les pulsations manquaient successivement ; à l'auscultation, impossible de reconnaître le rythme de la circulation alvéolaire ; j'en entendais qu'une succession de murmures courts, inégaux, les plus désordonnés : pas de fièvre, la température annonçant un état fébrile. Il y avait une paralysie du voile du palais et du pharynx, due aux accidents graves pour lesquels j'ai dû intervenir. »

On voit, dit plus loin Duchenne, au moment de l'apparition de ce diphthéritisme semble com-

mencer, lorsque la paralysie du voile du palais est presque guérie, survenir des troubles cardiaques graves (vitesse extrême, intermittences et même suspension des battements du pouls et arrêt du cœur, syncopes), comme lorsque le pneumo-gastrique est paralysé. L'excitation électro-cutanée de la région précordiale (excitation réflexogène de l'origine du nerf vague) triomphe rapidement chaque fois des crises qui reviennent fréquemment pendant plusieurs jours menacer la vie du sujet. Nous la croyions sauvée, lorsque trois jours après survient tout à coup une paralysie du mouvement et de la sensibilité de tout un côté du corps, durant également peu de temps ; puis retour pendant plusieurs jours des troubles cardiaques contre lesquels je lutte incessamment avec succès, avec la même excitation précordiale réflexogène : enfin malheureusement, paralysie des expirateurs intrinsèques annonçant la lésion d'un autre point central du bulbe (sans doute le noyau du spinal) et qui asphyxie la malade épuisée. »

OBSERVATION. — *Angine diphthéritique de moyenne intensité ; paralysie légère du voile du palais ; paralysie du pneumo-gastrique ; mort.*

Le 3 décembre 1880, le nommé Félix D..., âgé de neuf ans, est entré dans le pavillon Bretonneau, réservé aux malades atteints de diphthérie et faisant partie à ce moment du service de M. Bergeron. C'était un enfant scrofuleux, ayant eu la gourme, d'après le dire de ses parents. Quoiqu'il ait toujours été malingre, il n'a jamais eu aucune fièvre éruptive ni aucune autre maladie sérieuse. Depuis plusieurs jours son appétit était presque complètement supprimé ; il avait de la fièvre, de l'agitation, mais ce n'est qu'aujourd'hui 3 décembre, qu'il se plaignit de mal de gorge. Un médecin appelé constata la diphthérie et le fit conduire à l'hôpital Trousseau, où on le trouve dans l'état suivant : dès l'abord on remarque de l'empatement des deux régions sous-maxillaires, et par la pression, on perçoit des ganglions tuméfiés et très douloureux. La bouche entr'ouverte laisse écouler la salive en abondance. En examinant le fond de la gorge, on peut voir les deux amygdales tapissées de fausses membranes

rentes ; la luvette est intacte ainsi que

, fièvre modérée, pas d'appétit. On  
e au 1/5000 à pratiquer, plusieurs fois  
otion avec 30 gr. de rhum.

ux se sont fortement amendés ; il n'y  
ganglions sont presque indolents et  
dissipé. Mais déjà le malade com-  
des liquides ingérés revient par le

pour souffler, et l'examen du voile  
ment la paralysie de cet organe.  
seconde fois ne renferment pas d'al-

ait stationnaire, cependant il s'y est  
; c'est un certain défaut d'accommo-  
es et un léger degré de strabisme

bre, vers minuit, il est pris brusque-  
iarrhée. L'interne de garde appelé en  
soin les accidents qui se produisirent.  
sentaient pas de siège bien précis ;  
partie de l'abdomen située au-dessus  
se par l'estomac et les deux lobes du  
ression sur les parois du ventre, ne les  
bout d'une demi-heure, il fut pris de  
ts. Les vomissements présentaient ce  
es aliments qui avaient été ingérés a-  
ement digérés.

s agité, refusant absolument de rester  
e son lit. La figure, d'une excessive  
, les ailes du nez sont fortement dila-  
dyspnée très intense. Les battements  
s bat 152 fois par minute.

du malade n'a pas varié ; la dyspnée  
minutieux de la poitrine permet de  
des deux poumons, le murmure vesi-  
tements du cœur sont tumultueux, le  
R. 37°,9.



*Traitement.* — On prescrit l'électrisation du pôle sur le cœur, l'autre sur la partie cervicale. L'état du malade ne s'améliore pas, et il meurt le soir.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, montre des caillots noirs sans adhérence dans les deux oreilles. Le cœur est absolument normal et on ne peut voir d'endocardite. L'encéphale est simplement congestionné. On ne remarque rien de particulier du côté des méninges.

Les reins, le poumon, le foie et tous les autres organes sont sains.

*OBSERVATION.* — *Angine diphthéritique très peu intense du voile du palais; paralysie du voile du palais au bout de 9 heures.*

Léontine L..., âgée de six ans, est entrée au service le 2 juin 1880, au lit n° 5. Cette petite fille robuste, a été vaccinée une seule fois et avec succès. D'après les renseignements fournis par sa mère, elle n'aurait eu aucune maladie avant. Deux jours elle fut prise de mal de gorge, de fièvre. Le médecin qui fut appelé déclara qu'elle était atteinte d'angine et lui prescrivit un vomitif.

Le lendemain ne voyant pas d'amélioration, on appelle le Dr Trousseau.

2 juin. On la trouve assise sur son lit mais elle ne peut avaler. En examinant sa gorge, on aperçoit, à la face interne des amygdales, des plaques grisâtres, peu épaisses, se détachant assez facilement du palais et les piliers du pharynx sont rouges. La température dans la région sous-maxillaire, mais, de chaque côté, les ganglions moyennement tuméfiés et sensibles au toucher. La température rectale est à 39° dans le rectum.

On prescrit une potion avec 3 grammes de chlorure de sodium badigeonnages au jus de citron.

Le 5. A la suite de l'application de ce traitement les plaques ont complètement disparu. La température est normale; l'enfant demande à manger; les ganglions sont encore tuméfiés, mais absolument indolents.

Le 10. Depuis hier les liquides reviennent et

## E DU PNEUMO

nt ne peut plus  
uve flasque et v  
pendant dix min  
a parotidienne et  
gé ; on continue l  
eine voie d'amé  
ncore nasillarde.  
pendant la visite  
s toute la partie  
une irradiation n  
re légèrement sou  
ne sont nullemer

agitation, et, à d  
ns. Elle vomit,  
heures du matin  
t un peu plus ca  
violentes. L'aus  
ur et sans mél

umultueux et ir  
is par minute. La

ndant l'enfant, tr  
t limpide.  
umo-gastrique, u  
brale du cou, au

ans la journée, à  
nent l'état s'est s  
s fréquente, prés  
sensible ne peu

ures après la mo  
illots noirs, moi  
malades.  
pris le système

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

En 1862, à la Société de biologie, MM. Charcot et Vulpian présentèrent un mémoire que nous signalons comme document de l'histoire anatomique de la diphthérie; c'était la première fois, croyons-nous, qu'on étudiait les lésions de la paralysie diphthéritique. Voici le résumé de ce travail. « Dans les nerfs du voile du palais, certains filets nerveux sont constitués par des tubes entièrement vides de matière médullaire. De distance en distance, on voit, sous le névrilème, des corps granuleux dont quelques-uns sont elliptiques, pourvus d'un noyau, bien distincts, et d'autres plus allongés semblent dépourvus de noyaux. Les filets nerveux altérés à ce degré sont rares. La plupart ne sont que partiellement altérés; ils sont composés de tubes nerveux de deux ordres. Dans les uns la matière médullaire est complètement intacte, dans les autres elle est devenue granuleuse. »

En 1867 Buhl décrivit, chez les individus morts de paralysie diphthéritique, de légers foyers hémorrhagiques dans la substance cérébrale et un certain degré de ramollissement de cette substance. C'est lui qui le premier décrivit des lésions dans les racines rachidiennes; malheureusement ces lésions n'ont pas toujours été confirmées depuis. Il avait trouvé dans ces racines, dans les ganglions spinaux et dans le tissu conjonctif des corps nucléaires absolument analogues à ceux que l'on a décrits dans la fausse membrane diphthéritique.

Le travail de Lorain et Lépine paru en 1869, n'est que la confirmation du mémoire de Charcot et Vulpian.

En 1871 Oertel a trouvé dans plusieurs autopsies des lésions ressemblant à celles de Buhl par leur nature, mais complètement différentes dans le siège. En effet ce médecin a rencontré des extravasations sanguines dans l'arachnoïde, des corps nucléaires dans les cornes antérieures de la moelle, dans les gaines nerveuses et un exsudat croupal dans le canal médullaire.

, Bailly cite des recherches faites  
vé des altérations remarquables du  
tubes de ce nerf étaient complète-  
rencontré des corps granuleux de  
ues ou non de noyaux sous le

ouvé dans une autopsie des lésions  
ne périphérique et central et il s'est  
pour bâtir la théorie de la névrite

amaschino examinèrent le système  
ts morts de paralysie diphthéritique ;  
atrophie des tubes nerveux dans les  
1 certains points la myéline paraît  
, elle a partiellement disparue. Les  
ntent pas d'altération notable.

rs nous trouvons des descriptions  
iées, de nature et de siège variables  
ier à deux ordres de faits bien dis-  
me nerveux périphérique, lésions  
tral.

noire présenté à la Société de biolo-  
lésions méningitiques chez un indi-  
peu près analogues à ceux que nous  
mémoire. Le professeur Pierret a  
méningite médullaire, de la périné-  
s, avec infiltration nucléaire du tissu  
es tubes nerveux. Il a trouvé des  
e noyau d'origine du spinal.

. Vulpian a examiné les moelles de  
paralysie diphthéritique, nulle part  
e, ni exsudats pseudo-membraneux ;  
des lésions très légères et très mini-  
res de la substance grise au niveau  
dorsale de la moelle.

*physiologie normale et pathologi-*

que), Déjerine a publié son mémoire basé sur cinq examens provenant d'enfants morts dans les services de MM. Bergeron et Cadet de Gassicourt. Il a décrit les altérations des racines antérieures et de la substance grise de la moelle. Les tubes nerveux des racines antérieures présentent les caractères de la névrite parenchymateuse : le cylindre-axe a disparu, la myéline est fragmentée, les noyaux de la gaine de Schwann sont augmentés de nombre. Le tissu conjonctif interstitiel est enflammé. Ces altérations ont été retrouvées par Déjerine dans les cinq cas ; les racines ont toujours été d'autant plus malades que la paralysie durait plus longtemps.

Du côté de la moelle la lésion siège uniquement dans la substance grise ; les cellules présentent les altérations des myélites subaiguës. La névroglie est enflammée et sur quelques points il y a de véritables petites hémorrhagies.

En 1880, Déjerine et Barth ont décrit un cas de méningite bulbaire survenue chez un individu atteint de paralysie diphthéritique du voile du palais.

Enfin, dans ses leçons, Cadet de Gassicourt nous donne le résultat de trois examens faits par Gombault sur le bulbe, la moelle et les racines rachidiennes de trois enfants morts à Ste-Eugénie des accidents que Cadet de Gassicourt appelle cardio-pulmonaires.

Voici la note de Gombault :

« Les racines ont été examinées par dissociation après l'action de l'acide osmique et plus tard après séjour dans le bichromate d'ammoniaque. La moelle et le bulbe ont été étudiés à l'aide de coupes pratiquées après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque. Dans les trois cas, les résultats, de l'examen ont été les mêmes. Dans l'un des cas, j'ai examiné, en outre, les nerfs pneumo-gastriques et un morceau de myocarde ; pneumo-gastrique et fibres musculaires du cœur m'ont paru absolument sains.

Quant aux racines rachidiennes je n'ai trouvé de lésions qu'au niveau des racines antérieures. Les fibres altérées étaient peu nombreuses dans chaque préparation, mais dans

QUE DU

en rel  
i paru  
nyéline  
ps gran  
le la ga  
ait null

, absen  
s cellu  
s, pour  
e se co  
actifs c  
ivante :  
de la  
ion du  
st beau  
, les fib  
, dans  
ni d'un  
un sié  
de la s  
ne plac  
rection  
ne des  
s leur

rs dans  
région  
iné dan  
on bien  
e et du  
qui soi  
gastriqu  
ervées.  
e coupe  
planch

de l'hypoglosse, se colore un peu moins que son tissu offre une transparence moindre mais il n'y a pas là de lésion nettement caractérisée.

Les vaisseaux sanguins intra-bulbaires sont d'anormal, si ce n'est que, de distance en distance, dans leur intérieur de petites masses formées par le carmin et séparées les uns des autres. Ces petites masses remplissent tout le calibre du vaisseau, mais bien séparées de la paroi par des globules rouges dessus et au-dessous d'elles, les globules plissent le vaisseau ne présentent aucune circulation continuait donc à s'y effectuer.

Ces amas de leucocytes se rencontrent dans les vaisseaux du bulbe; ils ne sont pas plus abondants au plancher que dans les parties antérieures bien que moins nombreux, dans les vaisseaux postérieurs. Pour ces raisons, il est difficile de leur attribuer une importance considérable dans le développement des troubles de l'innervation bulbaire. »

Telles sont les données dissemblables constatées par l'anatomie pathologique, soit du système nerveux central (bulbe, moelle et méninges) soit des nerfs périphériques. Il nous reste à examiner si ces données peuvent expliquer les symptômes produits par la diphtérie du côté des voies digestives et du système respiratoire, symptômes qui nous occupent dans notre mémoire.

Mais, avant d'entrer dans l'examen des théories, il nous reste à juger la théorie qui attribue les symptômes que nous étudions ici à des altérations du cœur, soit à l'endocardite, soit à la thrombose cardiaque. Nous exposons les arguments des partisans de cette dernière théorie cardiaque :

Cette théorie est représentée en France par des hommes très éminents, MM. Bouchut et Labadie.

quatorze ans ils n'ont rien publié, ni l'un ni l'autre, sur la question, l'on peut se demander s'ils n'ont pas plus ou moins renoncé à leur opinion. Quoi qu'il en soit, ils prétendaient avoir rencontré très souvent des infiltrations sanguines dans le muscle cardiaque, ainsi que la dégénérescence graisseuse. Cette lésion, dont on a certainement abusé, est, en somme, rare dans les maladies aiguës. Elle a été démontrée d'une façon incontestable dans la fièvre typhoïde, dans la variole, etc ; nous ne nous croyons pas le droit de nier son existence dans la diphthérie ; mais nous ne connaissons aucun médecin qui l'ait constatée. Du reste, dans les maladies aiguës que nous venons de citer, la stéatose a été décrite et observée, pendant la période aiguë de l'affection, tandis que les accidents que nous avons décrits dans ce mémoire se rencontrent dans la convalescence de la diphthérie.

M. Labadie-Lagrave, dans sa thèse, prétend avoir trouvé l'endocardite aiguë dans quarante autopsies d'enfants morts de la diphthérie. Comme il s'agit d'un médecin distingué, une erreur aussi considérable est vraiment étonnante. Il s'est basé sur la rougeur plus ou moins étendue de l'endocarde, d'une teinte plus ou moins sombre, et il attribue ce phénomène à l'inflammation aiguë de cette membrane. Tout le monde a pu constater ces phénomènes, mais tout le monde y voit aujourd'hui un phénomène cadavérique. MM. Bouchut et Labadie-Lagrave se basent aussi sur la présence de végétations mamelonnées de la valvule mitrale. Parrot a démontré d'une manière très nette que l'organisation anatomique de ces mamelons et leur présence aux autopsies des sujets morts des maladies les plus variées ne permet pas de les attribuer à une affection quelconque ; et tout le monde est d'accord avec lui pour admettre que ces hémato-nodules datent de la vie intra-utérine.

Il est donc certain que, du moment que l'endocardite aiguë n'existe pas dans la diphthérie, on ne saurait en déduire l'embolie pulmonaire et par conséquent la théorie de M. Labadie-



Lagrange ne peut expliquer la mort et l'absence de la diphthérie.

Un certain nombre de médecins ont soutenu que l'on rencontre si souvent dans les diphthéritiques se sont produits, mais ce sont eux qui amènent la mort, en arrête l'organe central de la circulation. Selon cette semblable théorie, il faudrait démontrer que ces caillots ont effectivement existé. Mais cela ne suffirait pas encore ; il faudrait prouver qu'ils sont produits eux-mêmes par une cause particulière. Aux autopsies des individus morts de cette maladie, on trouve deux sortes de caillots ; les uns dans leur partie supérieure et dans les prolongements ; ils sont blancs et se détachent facilement ; les autres dans la partie inférieure. Il ressort de cette disposition cadavérique puisque les matières colorantes du sang sont restées dans la partie supérieure, tandis que la masse fibrineuse est dans les prolongements. La deuxième sorte renferme que la fibrine. Ils sont encore dans les artères cardiaques, dans l'oreillette droite et dans les prolongements dans les artères ; mais ils sont adhérents aux parois du muscle. Ce qui pourrait prouver leur existence avant la mort, c'est qu'ils existent sur une surface rendue lisse. Or comme on n'a pas encore pu démontrer cela, on n'a pas davantage rencontré.

L'observation de Duchenne, de Bouillaud, rapportée démontre que le seul moyen dont il s'agit ici, c'est l'emploi de l'électricité. On n'ignore que l'électricité s'emploie pour guérir les anévrysmes ; si donc la théorie cardiaque était exacte, Duchenne, de Bouillaud, son malade contrairement à tout sens, sa guérison qui est survenue démontre

que les médecins éminents qui ont autrefois avec tant d'ardeur ont dû reconnaître qu'ils se sont trompés.

attribuent la mort rapide dans la conphthérie à des altérations du système nerveux, ils se sont divisés en deux camps, les uns du système nerveux central, les autres du système nerveux périphérique. Les uns et Vulpian semblent favoriser les parties périphériques ; mais les partisans de la théorie centrale, non sans raison, qu'au moment où ils ont fait leurs recherches on ne comptait pas dans tous ses détails de structure et de fonction d'examen de cet organe étaient restés, depuis cette époque, Déjerine à Paris dans les cornes antérieures de la

moelle d'autre part, par ses expériences, a soutenu la théorie ascendante.

On a prétendu péremptoirement que la théorie centrale était la seule vraie, mais si l'on veut expliquer les faits que nous avons observés, si l'on suppose qu'il y avait une altération du bulbe, il faudrait que le pneumo-gastrique fût atteint. Or la dixième paire se rend au cœur, aux poumons, et si le cœur ou les poumons ne devaient jamais observer des troubles pulmonaires isolés. Les observations de Déjerine démontrent que le cœur peut présenter des troubles physiologiques ; ces médecins ont vu des palpitations, des irrégularités du rythme, des tendances à la syncope, et pendant leur vie ils n'ont pas éprouvé de troubles respiratoires.

Une remarquable observation de Duchenne, rapportée dans ce travail, prouve qu'il peut y avoir une interruption de la respiration, sans que les fonctions

Sans doute, si l'on accepte la paralysie des branches du pneumo-gastrique, après sa résection, l'explication devient facile. La théorie de la deuxième paire que nous avons soutenue de Gulat, rend mieux compte, au point de vue de la guérison; car jusqu'ici les altérations du nerf n'ont point été signalées.

Mais, dira-t-on, si le nerf pneumo-gastrique modérateur du cœur est paralysé on devrait constater la fréquence du pouls, tandis que, dans les cas très bien étudiés, on a constaté le ralentissement du pouls. Cette objection n'est pas irréfutable; on peut très bien admettre que la névrite a été précédée d'une période d'excitation qui a ralenti l'organe central de la circulation. Et la clinique admet que l'on n'observe que le ralentissement du pouls, ce qui peut être considérée comme curable.

Il y a une objection qui nous semble plus sérieuse. La théorie de la paralysie du pneumo-gastrique devrait observer des troubles fonctionnels de la voix, car on rencontre parfois, mais dans la grande majorité des cas, nous avons observés, la voix n'était nullement altérée. Il semble résulter pour nous de ce fait qu'il n'existe pas de lésions anatomiques de la dixième paire crânienne, ces altérations ne sont que le résultat de la lésion du siège suivant les cas.

M. Cadet de Gassicourt a fait observer que Gombault a recherché dans plusieurs autopsies du pneumo-gastrique, qu'il n'en a pu constater. Ses recherches histologiques n'ont abouti qu'à un résultat négatif. Nous sommes d'autant plus enclins à incliner devant cette juste observation que Mann, professeur d'histologie à Lille, a bien recherché des lésions analogues pour nous et qu'il n'a rien constaté.

Ce qui est certain néanmoins c'est que les observations de Déjerine et de Gombault ne peuvent

dans la convalescence de la diphthérie. Ce  
nt démontré dans ce travail, c'est que les  
es, même si on en trouvait, ne pourraient  
oubles cardiaqués ou pulmonaires isolés.

ons qu'exprimer l'espoir que l'on rencontrera,  
hes ultérieures, des lésions de certaines bran-  
eumo-gastrique qui permettent d'élucider les  
nous avons décrits dans ce mémoire, et qui  
les dans l'état actuel de l'anatomie patholo-

ous avons achevé notre travail, notre espé-  
isée en partie. Nous avons trouvé, en effet,  
es de Virchow (5<sup>e</sup> volume 1881), un travail du  
, chef de clinique médicale à la Faculté de  
vail qui jette une certaine lumière sur l'ana-  
que de la paralysie diphthéritique.

bservation d'un individu qui a présenté tous  
de cette paralysie, à peu près généralisée.  
me n'avait pas échappé à l'action de la ma-  
ments en étaient petits et le pouls très fré-  
s muscles de la respiration étaient restés  
quelques phénomènes agoniques).

D<sup>r</sup> Meyer a consisté dans la recherche des  
s nerfs périphériques. Il a constaté la frag-  
myéline et parfois même sa disparition com-  
taté également la multiplication des noyaux  
de Schwann, dans presque tous les nerfs  
es nerfs crâniens, dans le plexus cardiaque ;  
exus abdominaux et pulmonaires du pneumo-  
pas présenté d'altération sensible : ce sont  
erfs de l'économie qui n'avaient pas présenté  
siologiques.

#### TRAITEMENT

sans un profond regret que nous faisons un  
, pour un traitement qui dans les cas graves

est absolument inefficace. En effet lorsque cardiaque, pulmonaire, abdominale sont atteints au début des accidents, toutes les tentatives usitées de nos jours sont totalement impuissantes. On trouvera résumées dans la thèse de Gulat les leçons de M. Cadet de Gassicourt. Nous croyons superflu de les reproduire ici.

Il n'en est plus de même lorsque le cœur est atteint. On a obtenu des résultats par la faradisation cordiale, suivant le procédé dit de « la méthode de Duchenne ». encore faut-il que le médecin ait été appelé à temps, avant que les atteintes du mal et qu'il ait appliqué le traitement avec grande persévérance. Lorsque les voies respiratoires sont atteintes, Duchenne, de Boulogne, conseille la faradisation de la partie postérieure de la poitrine. Il a même obtenu une remarquable observation dans laquelle, par sa persévérance, il a pu obtenir la guérison du malade.

D'autres médecins, au contraire, qui ont essayé la faradisation eux-mêmes, et c'est le cas de Billard atteints de paralysie cardiaques, prétendent que l'application de la faradisation fait qu'aggraver leur situation.

En somme, en nous en remettant à la guidance de Duchenne, nous conseillons d'employer la faradisation avec persévérance et jusqu'à la dernière extrémité.

### CONCLUSIONS

1° Dans le cours de la paralysie diphthérique on observe assez fréquemment des troubles fonctionnels du système pneumo-gastrique.

2° Ces troubles se traduisent du côté du cœur par un ralentissement suivi bientôt de l'accélération du pouls ; à ces signes se joint presque toujours une douleur précordiale et une douleur très violente du côté des voies respiratoires.

3° Du côté des voies respiratoires on con-

arfois une grande irrégularité de l'inspiration : plus rarement on observe les phénomènes de Cheyne-Stokes ».

voies digestives, il survient des douleurs très violentes, presque toujours des vomissements ou pituiteux.

ces symptômes sont associés, la maladie droyante et dure rarement plus de vingt-jours ; peut cependant y avoir des exceptions ; la terminaison fatale.

symptômes pulmonaires et surtout cardiaques survient dans quelques cas sur lesquels il n'est pas possible de se prononcer

dents surviennent le plus souvent dans le cas de lésion du voile du palais et quand celle-ci est évidente le médecin doit donc énoncer son pronostic avec réserve.

ment qui ait produit quelques résultats de l'électricité sur la région cardiaque ou postérieure de la poitrine.

nent prouvé aujourd'hui que les caillots dans les cas étudiés dans ce mémoire n'ont rien de pathologique, qu'ils se forment post mortem et ne peuvent expliquer les symptômes décrits par nous. Les auteurs qui n'ont du reste jamais été tentés de rendre compte ni des symptômes cardiaques que l'on rencontre isolément et encore moins de leur étiologie.

considérations sur les branches terminales du système nerveux, c'est-à-dire des filets des plexus pulmonaires, abdominaux peuvent seules permettre d'expliquer tous les signes de ces singulières

lions qui restent à trouver, mais nous ne pouvons pas nous en occuper car nous n'avons pas la compétence nécessaire en histologie

pour entreprendre une étude aussi délicate et nous n'avons eu la prétention que de faire un travail d'observation clinique.

---

## OBSERVATION DE TUMEUR SACRO-COCCYGIENNE

Par **M. Jacquinot**, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

---

L'observation qui va suivre nous semble présenter un grand intérêt, non pas qu'elle nous ait paru soulever de grandes difficultés au point de vue du diagnostic avec un spina-bifida, mais à cause de l'autopsie et de l'examen histologique qui la complètent et qui jettent un certain jour sur la pathogénie si obscure de ces tumeurs.

Au n° 30 de la salle Ste-Pauline est entrée le 22 mai dernier une petite fille de trois jours, qui présentait dans la région fessière une tumeur volumineuse. Cette enfant est née à terme, la quatrième d'une famille où les trois aînés sont bien constitués et bien portants.

La mère a eu une grossesse régulière.

L'accouchement a été normal.

Rien en somme ne faisait prévoir la possibilité d'une monstruosité.

La petite fille, grasse, vigoureuse, ne paraissant pas souffrir de cette tumeur considérable fut gardée chez ses parents. Mais cette masse, souillée par les déjections de l'enfant, commença à s'ulcérer, et les parents comprirent la nécessité de la faire entrer à l'hôpital où l'on constate les détails suivants :

Cette enfant porte, appendue aux fesses, une tumeur allongée, en forme de haricot, à grand axe longitudinal, décrivant une légère courbure à concavité antérieure. Sa longueur est de vingt-deux centim. ; si bien qu'elle descend à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la fesse gauche ; sa largeur, prise au point le plus étendu, est de douze centim.

Son extrémité supérieure, adhérente au siège de l'enfant, répond au pli interfessier. Elle est située presque exactement sur la ligne médiane empiétant cependant un peu plus sur le côté droit que sur le côté opposé.

Son extrémité inférieure est, d'une façon générale, régulièrement arrondie. On y remarque cependant sur la partie latérale gauche une saillie,

udé qui rappelle grossièrement un mem-  
son extrémité libre tournée en arrière et  
petites qui ressemblent ou à des doigts  
es saillies qui sont voisines de l'extrémité  
a première, la plus volumineuse, présente  
le, la seconde ne porte point de matière  
ures latérales et la matrice d'un ongle.  
On trouve, d'autre part, au point où s'im-  
une série de petites saillies, qui contrai-  
nous venons de décrire, ne donnent pas  
les ont pour soutien un axe osseux. Elles  
couleur brunâtre, assez nettement pédi-  
molluscum pendulum.

neur est fine, lissée, couverte au centre  
inés à sa surface.

voir, par transparence, un grand nombre  
lonnent.

est nulle. Sa consistance est rénitente,  
oint, de fluctuation, de même que par la  
attements.

ir frisant on constate cependant que les  
influent. Elle augmente avec ceux-ci.

quement, cette tumeur, l'enfant ne paraît  
ce ne se modifie pas, et l'on ne provoque  
ans le spina bifida, l'apparition de crises  
is dans les caractères du pouls.

ur son flanc gauche une surface noirâtre,  
ux francs qui est un commencement de  
plantation il est difficile de le préciser.  
squelette, quand on imprime à sa masse  
dans tous les sens. Elle recouvre le  
e coccyx, et vient se terminer à un demi  
le l'anus.

ette sont normalement constituées.

ertitude que la tumeur ne donne pas de  
n et que, par conséquent, si elle adhère  
lépens de la face antérieure du sacrum et  
e. Le cours des matières fécales est libre.



Son extrémité adhérente, assez volumineuse, moins réductible. Cette circonstance, jointe à la présence de sphacèle permet de songer à l'ablation d'un volume considérable, et malgré surtout le jeu du plus rétréci de son pédicule, deux broches traversent la tumeur. Ces deux broches sont placées l'une devant et l'autre et immédiatement en arrière d'elles, d'un écraseur, qui étreint la tumeur et bientôt la tumeur assez volumineuse, placée à la partie latérale du sacrum, donne un jet de sang qui nécessite

La plaie qui résulte de cette ablation est de dimensions d'une grosse montre de gousset, un peu d'attraction de la peau recouvrant les bords.

Dans son aire, on voit nettement la partie externe de l'anus, le coccyx, et sur les parties fessières mis à nu.

On panse au cérat boriqué et à l'ouate hygiénique.

L'enfant a bien supporté l'opération ; elle est entourée de boules d'eau chaude.

Le soir, température rectale 37°,9. A pris son lait le 23 mai. T. R. 38,2. Soir 39°,4.

Le 24, T. R. 38. S. 39,2.

Les 25, 26, 27, l'enfant semble bien. Elle tousse pendant les jours qui suivent, la face se grippe, les mains tremblent, l'enfant ne prend plus son biberon. Elle meurt d'asphyxie.

Immédiatement après l'opération, la tumeur est coupée sur son grand axe. On l'a trouvée constituée de la façon suivante :

Dans la partie supérieure, à la coupe, on voit un tissu résistant, semblant tenir à l'étroit dans son enveloppe, la face de section devient convexe. Ce tissu est formé de fibres qui se s'entre-croisent sous des angles variés et irréguliers, dans lesquelles est contenu du tissu conjonctif. La coupe peut être comparée à celle qu'on observe dans toute son épaisseur.

Un peu au-dessous de cette première zone où les kystes abondent et à la coupe s'écoule un liquide clair et citrin.

Enfin, dans la partie inférieure de la tumeur, on sent une forme de membre humain, on ne peut pas le

## EUR SACRO-COCYGE

eurs centimètres. L'un  
ls, plus mince dans sa p  
adhère au premier par s  
ion, l'extrémité inférieu  
ltre, très dense. Puis à  
ls osseux, cette fois bea  
ens par exemple, et de  
rons précédemment dé  
tits points osseux.

ont été soumises à de  
trouver autre chose. P  
s d'intestin comme il a

ce ont été placés dans l  
seur Mathias Duval. V  
examen.

s'est montrée formée, s  
ngieux, avec des lacun  
ions : ici assez épaisses

it par un épithélium m  
brane basale nette pour  
contraire sur des vill  
; cet épithélium est co  
sur un ou deux rangs  
at le noyau fait saillie  
cylindriques et serrées  
rmes types, très abond  
lemi-lune, et une por  
les aux cellules calicifo

héliums se suivre dans  
ne et le type cylindric

rencontre un certain  
disposées nettement auto  
re des culs-de-sac coup  
cellules isolées entre les  
aa diffus ; et entre les

grandes cavités, il se dessine des cryptes assez profondes ; pourtant en un point de la pièce, il existe un amas de tubes glandulaires assez petits, noyés dans des cellules rondes fort nombreuses.

Les cavités contenaient un liquide muqueux, transparent, dont une partie a été coagulée par l'alcool et se retrouve sous forme d'un précipité grenu.

Le stroma comprend des éléments assez différents ; d'abord un noyau de cartilage hyalin, à peu près sphérique sur les coupes et qui occupe le centre de la portion examinée. La charpente de la pièce est formée par un tissu conjonctif, assez lâche dans les points éloignés des parois épithéliales, plus serré à leur voisinage ; il est composé de cellules étoilées et fusiformes, sur certains points de cellules sphériques, et d'une substance fondamentale peu abondante qui n'est disposée nulle part en faisceaux adultes de tissu conjonctif.

Il existe aussi quelques cellules adipeuses en un point.

Autour des cavités ou tubes épithéliaux se voient des faisceaux assez épais de fibres musculaires lisses, dont les noyaux sont allongés et courbés, et dont le corps cellulaire bien développé se colore vivement par le carmin.

Ces faisceaux sont surtout marqués autour des grandes cavités à épithélium caliciforme qui avoisinent le noyau cartilagineux. Ils entourent les cavités en bandes circulaires ou obliques et se répandent dans le stroma.

Les vaisseaux sanguins sont des capillaires larges, revêtus d'un péricythélium ; il existe des lymphatiques larges et irréguliers.

Les autres fragments examinés étaient exclusivement formés par du tissu adipeux.

En résumé, l'aspect général est celui d'un kyste malin de l'ovaire ; on pourrait s'y tromper malgré la présence des fibres lisses et des cartilages. Un certain nombre de ces tumeurs, épithéliales, mucoïdes, d'origine fœtale, paraissent avoir été décrites par les anciens auteurs sous le nom de cysto-sarcomes.

Tels sont les détails intéressants qu'a donnés l'examen histologique.

L'autopsie de l'enfant ne nous a rien donné de positif.

Tous les viscères étaient normaux et régulièrement placés.

Quant au petit bassin, nous l'avons largement ouvert par une brèche antérieure, en faisant, par deux traits de scie, sauter le pubis avec ses branches.

Pensant que la glande de Luschka devait être incriminée comme point

neusement disséqué le rectum  
cya, sans que rien d'anormal  
as dire que nous n'avons pas  
lement à la petitesse de son  
uccès? En tous cas, il nous  
affaire à une dégénérescence  
preuves manifestes au point  
bservations qui se rapportent  
a-pelvien qui n'existait point

ation du squelette rappelant  
sence d'un semblable vice de  
il, Trélat, Depaul, dans une  
andis que « Giralès et Tar-  
ement peut exister là comme  
ien nous ne le pensons pas non  
uelette portant sur le sacrum  
ue nous avons faite des faces  
montré l'orifice où se faisait  
n spina bifida ou une simple  
te variété de tumeur sacro-  
a pu réunir de rares exemples  
sarcomateux, on trouvait en-  
al vertébral. Ici le squelette,  
ouvait-on des débris de fibres  
si bien développés, permet-  
gment de membre, ou supé-

ieu des incertitudes qui  
meurs assez rares, qu'il  
ofesseur Duplay, de les  
parasitaires.

## IRSES

**anderen hyperkinetischen**  
*ment de la chorée et d'au-*



tuberculose 3, amygdalite 4, gastrite aiguë 3, 1.

tions, deux points intéressants sont particulièrement d'une part le mode d'action de l'antifébrine et d'autre part l'influence extraordinairement favorable sur l'état général des malades. Pour ce qui concerne cet agent, l'auteur fait remarquer que dès que la température commence à baisser déjà dix minutes après l'administration de l'antifébrine, l'ensemble est toujours le même, pour le même moment où la fièvre a atteint son maximum de fois que dès qu'on approche du moment où elle commence à être épuisée, la rémission est pour moins considérable et moins régulière qu'à laquelle la température s'abaisse, dépend moins ingérée que de l'individualité du malade et de

nel l'auteur attire l'attention c'est l'action véritable de l'antifébrine sur l'état général des enfants. Déjà après l'administration du médicament, l'agitation fait place à la tranquillité. Dans plusieurs cas où la mort semblait imminente dans un coma profond, les yeux immobiles, les traits indiquant une vive souffrance, le visage devenait superficiel, l'administration de l'antifébrine produisait presque instantanément. Chez un enfant atteint de cette transformation presque subite put s'observer

de l'auteur que l'antifébrine produit l'abaissement moins considérable dans les exanthèmes aigus et en particulier dans la scarlatine et l'érysipèle plus énergique dans les pneumonies comparées aux pneumonies croupales et lobulaires, chez les enfants atteints de rougeole.

quence du pouls n'est pas toujours en rapport avec la température. Sous l'influence de l'antifébrine la fréquence du pouls diminue en même temps que la respiration devient plus régulière.

l'auteur a administré l'antifébrine sous forme de poudre. Chez un enfant âgé de quatre ans, chaque dose a été de dix centi-

grammes; aux malades plus âgés il a donné de vingt à cinquante centigrammes, exceptionnellement cinquante et soixante centigrammes. La quantité d'antifébrine pour les vingt-quatre heures varie de dix à deux grammes.

L'antifébrine n'a aucune action sur la durée de la fièvre. Dans un certain nombre de cas, de pneumonie croupale, l'auteur a vu, à la suite de l'administration du médicament, des sueurs abondantes, coloration bleuâtre de la face et des extrémités digitales.

**Ueber die Anwendung des Pilocarpin bei Lungenerkrankungen.**  
*L'emploi de la pilocarpine dans les affections pulmonaires.*  
 L. RIESS. (Berl. Kl. Wochenschr., 1887, n° 15. Centralblatt für Bacteriologie u. Heilk., n° 10.)

Dans ce travail, l'auteur communique les résultats relatifs à l'action de la pilocarpine sur la sécrétion des voies respiratoires. Les expériences faites sur les animaux ont démontré que la pilocarpine amenait très rapidement des glandes trachéales et bronchiques et que l'accumulation de liquides sécrétés dans les bronches était fréquemment la cause de l'œdème pulmonaire. Ces propriétés de la pilocarpine avaient été mises en évidence, dans les maladies des voies respiratoires, toutes les fois qu'elle s'est guère généralisé principalement à cause de l'œdème et de diverses autres complications qui peuvent être la cause du mode de traitement. Les conclusions que l'auteur a tirées de ses expériences sont les suivantes : « Dans tous les cas de maladies aiguës et chroniques choisies, l'hypersécrétion bronchique est constatée par l'emploi de la pilocarpine; elle se produit généralement avec une diminution de l'état des malades se trouve notablement amélioré sous son influence et enfin les dangers que peut entraîner cette médication sont toujours jamais menaçants. »

Les maladies dans lesquelles l'auteur a administré la pilocarpine sont : outre le catarrhe chronique des bronches, la pneumonie aiguë, la diphthérie pharyngienne et le croup laryngé.

Demme avait déjà employé la pilocarpine dans un cas de pneumonie catarrhale survenue chez des enfants. Les observations rapportées par l'auteur sont relatives à des adultes. Chez 8 individus atteints de pneumonie, il a employé la pilocarpine dans le but de favoriser la résorption de l'exsudat.

résultats fournis par ce mode de traitement ont

coqueluche, on sait que ce sont les mucosités  
ses et adhérentes qui, en s'accumulant dans le  
bronches, jouent le principal rôle dans la pro-  
convulsive. La pilocarpine, grâce à son action  
ches, favorise considérablement dans ces cas  
muqueux. L'auteur a administré la pilocarpine

12 ans. Chez les malades plus jeunes, son  
t, principalement à cause de l'œdème pulmo-  
séquence de l'hypersécrétion des glandes bron-  
jours administré par la voie hypodermique.  
nt tous les deux jours, on fit aux malades une  
0,01 centigr. de pilocarpine. Le traitement  
out de très peu de temps les accès de toux  
ombreux et plus courts, d'un autre côté, les  
es se détachaient avec facilité. Jusqu'à quel  
e en état de couper la maladie? Ce point n'est

nées de pilocarpine ont été essayées par l'au-  
re d'enfants atteints de diphtérie pharyn-  
gés de plus de 8 ans, ont été soumis aux injec-  
ant 3 à 5 jours consécutifs. La dose de pilocar-  
pour chaque injection. Sous l'influence de ce  
mucosités devint plus abondante, l'élimination  
fit avec une grande facilité, mais en somme  
ne s'améliora pas d'une façon marquée. A la  
ons, on nota dans plusieurs cas des vomisse-  
squ'à un certain point l'évacuation des voies  
re parut avoir aucune action sur le cœur ; même  
ne survint aucun phénomène de collapsus.

---

on's syphilitischer Zahndifformität. (Con-  
à la déformation dentaire syphilitique  
)TTE. (Berl. kl. Wochenschr., 1887, n° 6. Cen-

vingt ans, dont la mère avait été atteinte de  
grossesse, présente au niveau du voile du pa-  
e gomme spécifiques. On peut observer en





*gite cérébro-spinale*), par H. STEINBRUGGE. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. XVI. Centralbl. f. Kinderheilkunde, 1887, n° 7.)

Un jeune garçon âgé de 6 ans est pris subitement de vomissements répétés accompagnés d'une céphalalgie très vive. Dès le deuxième jour de sa maladie, il devint totalement sourd et cette surdité persista jusqu'au moment de sa mort qui survint au bout de quatre semaines. Dans les premiers temps de la maladie on n'observa ni convulsions, ni paralysies, ni opisthotonos; la température dépassa rarement la normale; une seule fois, pendant la nuit, le malade fut de nouveau repris de ses douleurs de tête. Durant les derniers jours qui précédèrent la terminaison fatale, les vomissements reparurent, il s'y ajouta en outre du collapsus, de l'épisthotonos et des douleurs de tête.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic de leptoméningite de la convexité et de la base du cerveau.

Voici les lésions que présentèrent les organes de l'ouïe. Dans le conduit auditif interne, le nerf acoustique baignait dans le pus, ses faisceaux étaient dissociés par la masse purulente et en partie dégénérés, il en était de même du nerf facial au niveau du ganglion géniculé. Dans le limaçon on observait une destruction plus ou moins complète des tissus normaux, avec accumulation du pus et formation de tissu fibreux; les portions osseuses étaient en partie nécrosées. Mêmes lésions dans le vestibule et du côté de l'aqueduc. Toutes ces destructions de l'oreille interne sont produites par les agents infectieux de la méningite cérébro-spinale. A ces agents ne doit pas être imputée seulement une inflammation purulente de l'oreille moyenne, ils provoquent en outre la mortification des tissus du labyrinthe par les stases et les thromboses qu'ils déterminent dans les vaisseaux de faible calibre du périoste, c'est ainsi que peuvent s'expliquer la perte subite de l'ouïe et la persistance de la surdité qui est devenue incurable.

---

**Ein Fall von Torticollis.** (*Un cas de torticollis*), par DOLLINGER. (Centralbl. f. Kinderheilk. 1887, n° 5).

Un jeune garçon âgé de 6 ans, reçut un coup de couteau dans le côté droit du cou, au dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Il se développa à ce niveau un phlegmon intense qui disparut au bout de trois semaines, mais la rétraction inflammatoire des facies cervicaux à ce niveau et le raccourcissement des muscles correspondants du cou amenèrent la production d'un torticollis. Sur le côté gauche du cou le sterno-

cléido-mastoïdien avait une longueur de 12 c. il ne mesurait que 10 centim.

Toute la région droite du cou fut soumise méthodique. Au bout de six semaines le cou tous ses mouvements normaux, la guérison fut ment qui dura six semaines. L'auteur fait r torticollis la portion cervicale supérieure de devenue le siège d'une scoliose compensatrice côté gauche du cou. Elle ne fut pas soumise disparut spontanément avec la guérison du t

**Remarks on the Treatment of Quinsy, sp**  
ques sur le traitement de l'esquinancie,  
enfants), par le Dr GREEN, in *the Brit. Me*

L'esquinancie est digne du plus grand int  
reuse, ses récides sur la même personne, la  
abortives, la nécessité pour l'homme de l'act  
naturelle le neuvième jour, sans autre resson  
verture au bistouri, souvent très difficile, à c  
vrir la bouche.

Le Dr Maund, cousin de l'auteur, lui a, d  
le gâfac dont il a fait usage, au lieu des moy  
(scarification de l'amygdale, vésicatoire derr  
vapeurs médicamenteuses, aconit surtout, ch  
rure de fer, quinquina et, pour empêcher le  
calomel toutes les heures).

Le gâfac n'ayant pas donné au Dr Green d  
autres médicaments, il l'a associé à l'aconit. l  
qu'on peut faire avorter environ neuf cas sur  
que dans les 48 heures après le début en de  
l'aconit, à doses fréquemment répétées (tout  
se déclarent toujours soulagés par la première  
tue à chaque dose consécutive.

Entre le 22 décembre et le 14 janvier, l'au  
de neuf cas dont un se présentait au médecin  
le sixième jour de la maladie. Ces neuf cas  
plusieurs d'entre eux, les malades ont pu c  
occupations habituelles.

Un bébé très gros, atteint de tonsillite inflammatoire, ne pouvant plus teter ni avaler, respirant difficilement, avec une température très élevée, tous les signes d'un état grave et malade depuis deux jours au dire des parents, a pris toutes les heures une mixture consistant en un grain de carbonate d'ammoniaque, un demi-minime d'aconit et un minime de gaïac dans une drachme d'eau légèrement édulcorée. Cette dose fut encore accrue devant l'aggravation des symptômes et l'apparition d'une bronchite. Les doses furent espacées par la suite lorsqu'une amélioration rapide se manifesta. L'enfant a d'ailleurs parfaitement guéri.

Il y a lieu de remarquer la dose considérable d'aconit que prit l'enfant et à laquelle il dut vraisemblablement la vie. Pendant 36 heures, il en prit un minime et 1/2 chaque heure, la dose ordinaire d'un 1/2 minime étant restée insuffisante. L'auteur dit qu'il a toujours vu ces larges doses admirablement supportées par des enfants et même par des nouveau-nés mais il a l'habitude d'associer toujours un stimulant à l'aconit. Il donne l'ammoniaque aux très jeunes enfants et la strychnine ou la noix vomique aux plus âgés.

---

**Leucocythaemia in a Child eleven months old.** (Leucocythémie chez un enfant de neuf mois), par le Dr T. C. JONES, dans le *Brit. Med. Journ.* du 9 juillet 1887.

Le Dr T. C. Jones a été appelé en avril 1887 pour voir un enfant dont la santé périlait depuis quelques semaines. Le corps était bien en point mais la coloration du tégument externe était pâle et blafarde, dans son entier. L'examen de l'abdomen faisait percevoir une tumeur circonscrite dans le côté gauche, s'étendant des côtés à la crête iliaque et, vers la droite, jusqu'au nombril. Les ganglions cervicaux des deux côtés étaient hypertrophiés. Au microscope, on trouvait, dans le sang, une augmentation en nombre des leucocytes. L'iodure de potassium et le fer dialysé furent administrés en petites doses; on prescrivit aussi l'huile de foie de morue, la diète lactée, le changement fréquent d'air. La tumeur fut badigeonnée avec la teinture d'iode, sans interruption, nuit et jour. Ce traitement, continué pendant des mois, aboutit peu à peu à l'amélioration et à la guérison du petit malade.

---

**Athetosis and Hemiplegia dating from Early Childhood.** (Athétosis et hémiplégie remontant à la première enfance). *Brit. Med. Journ.*, 23 juillet 1887. Le Dr BYRON BROMWELL a présenté à la

*Société médico-chirurgicale de*  
tose marquée, accompagnant l'h  
plusieurs années, remontait à la p

**Fibrinous deposits within th  
other diseases of Children. (Dé**  
**la diphthérie et dans quelques**  
Dr WILLIAM C. CHAFFEY, in the

Pour le Dr Chaffey, les malac  
lesquelles la fibrine est plus apte  
cardiaques sont les suivantes, d'a  
deux cents autopsies à l'hôpital de  
don), dans un espace d'environ de

La *phthisie*. Quatorze cas d  
importants de fibrine dont deux é  
cas, la fibrine était ou absente ou

Dans la *tuberculose non pul*  
n'y a eu que trois dépôts fibrineux

Dans la *diphthérie*, sur 23 au  
ment tous *ante mortem*, se sont  
surtout dans les cavités droites, qu  
à souffrir dans de nombreuses cir  
sur l'ensemble, les cavités droite  
décolorée à consistance ferme.

On a trouvé aussi de notables dé  
*gie* suivis de mort, après la *désar*  
*ostéotomie* des deux fémurs, avec  
de *trachéotomie* pour un papil  
(mort en 3 jours) ; dans deux cas  
*néphrite aiguë* (sans scarlatine)  
*diphthéritique* ; dans un cas de  
*tite* (avec pneumonie), de *pyélo*  
eut aussi deux cas d'*affection ca*  
neux et un de *péricarde* adhér  
l'appendice auriculaire droit, deve

Dans trois cas seulement, il y e  
tés droites. Ces dépôts s'accompa  
parties postérieures des poumons,

Pour l'auteur, les choses paraissent se passer comme il suit :

1° Il se forme un dépôt dans une partie quelconque des cavités droites aux dépens du courant sanguin.

2° L'artère pulmonaire est bouchée en partie par l'extension de ce dépôt.

3° Les portions postéro-inférieures des poumons s'affaissent; il se fait de l'emphysème des parties antérieures.

4° La circulation devient gênée dans les cavités gauches par le fait ci-dessus.

5° Cette gêne amène la séparation de cordons fibrineux qui s'enchevêtrent avec les cordages charnus de la valvule mitrale.

6° Ce dépôt, une fois commencé, tend à se développer, si bien que le processus s'étend dans l'aorte d'un côté et dans l'oreillette gauche de l'autre.

7° Le dépôt de l'oreillette gauche envoie des prolongations secondaires dans l'appendice auriculaire et dans les branches des veines pulmonaires où ses divisions prennent une forme arrondie aux extrémités.

8° C'est ainsi que se produit l'obstacle au retour du sang des poumons et la congestion hypostatique des parties antérieurement affaissées.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les symptômes d'un dépôt fibrineux dans le cœur avec ceux de la dégénérescence graisseuse de cet organe.

---

**Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par l'iodure de potassium.** (*Extrait d'une lettre adressée par le Dr ZINNIS, d'Athènes, à M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, dans le Bulletin général de thérapeutique du 15 juillet 1887.*)

Le Dr ZINNIS a, depuis 1887 jusqu'aujourd'hui, donné l'iodure de potassium à plusieurs enfants, âgés de six mois à cinq ans, atteints de broncho-pneumonie.

Voici le résultat de ses observations cliniques sur l'action de ce médicament :

1° L'iodure de potassium m'a paru généralement utile contre la broncho-pneumonie, mais son action est plus efficace lorsqu'il est administré dès le début de la maladie que lorsque la maladie est avancée. Son action est très douteuse dans les cas de rougeole ou de coqueluche.

2° L'iodure de potassium est utile, particulièrement aux enfants qui sont vigoureux; il réussit rarement aux enfants faibles et scrofuleux. Son utilité est beaucoup plus nette pour des enfants qui sont de l'âge d'un à cinq ans que pour des enfants plus jeunes.



senter à l'esprit du médecin. Un développement rapide antérieur de la taille de l'enfant, en dehors toute affection aiguë, lèvera tous les doutes. Dans le cours des affections aiguës, il se produit quelquefois des faits de croissance extraordinaire, dont l'auteur cite 2 cas, mais qui n'appartiennent pas au sujet des observations suivantes publiées dans le travail du Dr Dauchez :

1° (*Céphalée de croissance. — Ostéite épiphysaire. — Hypertrophie cardiaque. — Amélioration par l'hydrothérapie.* (Dauchez). 2° et 3° *Accidents de croissance. — Type douloureux, forme chronique* (Bouilly). 4° (*Accidents de croissance. Type mixte, fébrile et douloureux* (Dr Guillier. *Gaz. des hôp.* 1883). 5° *Douleurs de croissance juxta-épiphysaires. — Accidents fébriles, forme mixte* (Bouilly). 6° *Type fébrile et douloureux.* (Bouilly) 7° *Céphalée de croissance. — Douleurs juxta-épiphysaires. — Hypertrophie du cœur de croissance* (Dauchez).

L'auteur conclut de l'énoncé des faits que le maximum de fréquence des accidents de croissance s'observe de 11 à 13 ans, époque de la puberté; que les accès douloureux s'accompagnent tantôt d'accès fébriles rémittents irréguliers, tantôt d'accès fébriles intenses avec hyperthermie, céphalée, délire et symptômes généraux nécessitant un examen attentif des articulations ou des viscères; que la durée des accidents est longue et qu'elle oscille entre six mois et quatre ans dans la forme dite *traînante* par M. Bouilly.

Dans les sept observations réunies par M. Dauchez, l'âge a été de 11 ans à 15 ans; la cause occasionnelle, quand elle a été connue, a été presque toujours l'exercice forcé; le type des accidents a été plus souvent douloureux que fébrile; les accidents douloureux ont été la céphalée, les douleurs humérales, péronéales, fémorales, tibio-fémorales, les douleurs épiphysaires, juxta-épiphysaires, les douleurs du coude, de l'épaule, du rachis, de l'os iliaque. La durée des accidents a varié d'un mois à quatre ans mais elle a été surtout de six mois à un an. Les phénomènes moins directement liés à la croissance qui se sont présentés en manière de complications ont été: l'hypertrophie cardiaque, les palpitations, l'épistaxis, la courbature, la longue convalescence, la tuberculose pulmonaire (une fois).

---

**Contribuzione alla cura della cifosi** (Contribution à la cure de la cyphose), par le Dr ANNIBALE NOTA, dans la *Rivista Clinica* de juin 1887.



Le Dr Nota, frappé par le principal est, pour lui, d'i fait établir un corset, arsenal orthopédique Ce corset, composé à la taille et sur cette laissant entre elles u rachis. Elles sont ré laquelle s'attachent de après avoir tourné su la traverse, en un poi plus importante du c sions sont calculées seulement de la colo quelques vertèbres au de ses côtés à l'une d roies percées de trous contention. La partie est entièrement libre. thorax, ainsi que de tiges latérales ni de bé *postérieurs*. Il ne p arrière comme ce der

Les avantages qu'o

1° De supporter le tiques d'une pression

2° D'immobiliser le

3° De n'exercer au respiratoire.

4° De n'apporter a

5° De ne pas exer éminentes du squelett

6° De ne pas empê

7° De soulager le léger que les corsets

# REVUE MENSUELLE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Septembre 1887

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### DE LA DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE DE LA LANGUE CHEZ LES ENFANTS

Par M. **Louis Guinon**, interne des hôpitaux.

---

En 1864, M. Bergeron signalait à la Société médicale des hôpitaux deux variétés de desquamation linguale qu'il avait observées chez les enfants. L'une d'elles, étudiée par Bridou (1) quelques années plus tard, sous le nom d'*affection innominée*, fut considérée par Parrot, qui l'observait à l'hospice des Enfants-Assistés, comme une manifestation de la syphilis héréditaire. En 1881, une leçon (2) qu'il fit sur ce sujet, amenait une courte polémique avec le professeur Van Lair, de Liège (3), au sujet de l'étiologie de cette maladie. En 1883, G. Lemonnier (4) envisageant l'affection chez l'adulte, combattait les

---

(1) Th., Paris, 1872.

(2) Progrès médical, 1881 (mai-juin).

(3) Revue mensuelle 1880 et Progrès médical, 1881. Lichenoïde lingual.

(4) Th. de Paris, 1883.

idées de Parrot. Malgré ces travaux français nombreux à l'étranger (Santlus, Unna, Genève), la plupart des traités de maladies muets à ce sujet. Seul, l'ouvrage de F résume la thèse de Lemonnier.

La publication des leçons de Parrot ment une nouvelle actualité à la question M. Sevestre, ayant observé cette d enfants exempts de toute tare syphilitique recueillir les cas qui se présenteraient à l'Assistés, et à en rechercher les rapports était intéressant de voir, sur le même quelle voie le professeur Parrot était arrivée syphilitique de ces cas.

A. — **Glossite exfoliatrice marginée** variété est la plus fréquente; ses dénominations variées que lui ont il faut signaler les termes de *état lichen lide desquamative* (Parrot), *desquam.* terme de glossite exfoliatrice marginée le professeur Fournier et par Lemonnier

*Symptômes.* — On observe rarement la maladie, mais on peut surprendre, à l'éclosion de desquamation, dont le développement toute la maladie. Sur une muqueuse al forme une petite tache blanc grisâtre qui vue, constituée par un *épaississement* circulaire et surélevée de 1 à 2 millim. 1 ment au point de doubler de largeur e apparaît, sur sa surface, une autre tache niveau, la couleur, l'aspect général; c'est quamation; comme celle-ci se forme s

---

(1) *Leçons sur la syphilis.*

mières heures, les observateurs ont rarement observé le premier stade (d'épaississement) qui avait été signalé par Gubler (1).

La desquamation débute au centre de la plaque épithéliale mais, presque aussitôt, elle se propage plus rapidement dans un sens, qui devient sa direction fixe et elle s'étend ainsi, excentriquement, précédée de l'épaississement épithélial qui forme bordure, liséré, en avant d'elle; dès ce moment, elle a pris sa forme définitive.

La plaque débute tantôt sur un bord, tantôt à la base, tantôt à la pointe de la langue, sans aucune règle; elle s'étend tantôt en avant, tantôt en arrière, en dépassant la ligne médiane. Dans ses progrès, elle conserve parfois ses dimensions, ou bien on la voit, véritablement excentrique, embrasser, par sa circonférence, toute une moitié de la langue. Sa forme est toujours ovalaire, si on l'examine sur la langue tirée hors de la bouche, mais sur l'organe au repos, la plaque est circulaire.

Tel est l'aspect le plus simple; souvent deux, trois, cinq zones apparaissent en divers points, augmentent et tendent à se réunir; les lisérés se confondent, s'entre-croisent pour former des arcades inégales, réunies par des angles saillants, constituant ainsi une figure polycyclique.

Reprenons chacune des parties constituant.

*Lisé.* — Il précède la desquamation, il existe avant elle, il est nécessaire à sa formation; son épaisseur est de 1 à 2 millim.; sa largeur est moins facile à déterminer, car si ses limites sont nettes en arrière, sur sa concavité, où il est taillé à pic et franchement saillant, par son bord convexe, au contraire, il se continue insensiblement, toujours graduellement, avec l'épithélium, encore sain; on peut évaluer sa largeur moyenne à 2 ou 3 millim. Il décrit, comme le bord de la plaque qu'il limite, une courbe, de rayon d'autant plus

---

(1) Dict. encyclop. Art. *Bouche*.

grand qu'il est plus ancien. Il est facile, ligne, blanche ou jaunâtre, est formée par la reconnaissance parfois des papilles, mais elles sont accolées. Quand un liséré arrive, soit à la pointe de la langue, il disparaît ; nous voyons le liséré descendre sur le bord, mais pas l'inférieure.

*Plaque de desquamation.* — Au voisinage du liséré, que le contraste fait paraître plus saillant, est une rougeur foncée, formant, en arrière de la plaque, une congestion, inscrite dans sa concavité ; mais dans les parties desquamées depuis plusieurs jours, la muqueuse devient rose, puis pâle, et se confond ainsi avec la muqueuse saine ; cet aspect est dû à la muqueuse liale qui suit régulièrement le liséré dans

*Papilles.* — Chez les enfants, le système est moins saillant que chez l'adulte ; il l'est moins pour que le contraste entre les parties saillantes et la desquamation soit frappant. Là, en effet, d'ailleurs il ne reste que les fongiformes ; tout a été effacé, les petites masses hémisphériques se montrent

turgescentes, elles semblent augmentées de volume et, à en croire Van Lair, elles augmenteraient de nombre.

Malgré l'étendue, souvent considérable, de la desquamation, on est frappé de l'absence complète de tout trouble fonctionnel. Aucune gêne, aucune douleur; les tout jeunes enfants tétent ou boivent sans difficulté; les plus âgés n'accusent aucune sensation pénible quand on touche la langue. Au reste, chez les rares adultes, où on l'observe, cette maladie est aussi indolente. La muqueuse buccale est saine; nulle part on ne voit de lésion ou d'anomalie qui ait quelque rapport avec l'altération linguale; quelquefois il existe un léger état saburral, mais c'est le cas le plus rare.

Nous avons recherché la réaction de la salive dans la plupart des cas; quoique les résultats aient été variables, le liquide buccal, examiné longtemps après les repas, était le plus souvent acide; pour un même sujet, la réaction a parfois changé, devenant alcaline ou neutre; les essais ont été faits avec le papier de tournesol.

*Marche et durée.* — La plaque de desquamation double de largeur en deux jours; si plusieurs plaques marchent ensemble dans le même sens, elles peuvent dépouiller la langue en cinq jours. L'évolution est continue, car une nouvelle plaque apparaît avant que la précédente ait atteint le bord où elle doit disparaître; si le nouvel élément se porte dans la même direction que l'ancien, il se forme des lisérés concentriques.

La guérison nous a paru se produire de la façon suivante: la migration du liséré se ralentit, sa hauteur diminue, jusqu'à nivellement complet; la plaque est moins nette, enfin elle disparaît à son tour par reproduction épithéliale.

Souvent la guérison résulte d'une maladie aiguë fébrile. Nous avons observé plusieurs fois ce fait à l'hospice des Enfants-Assistés: un enfant en observation était atteint de rougeole ou de scarlatine, et quand la température atteignait 39°, la desquamation s'arrêtait, les plaques se recou-

vraient d'enduit saburral et, quand la coétablie, on ne voyait plus trace de desquamation après la mort; sur la langue enl' épithélium était uni.

Tels sont les cas suivants :

Obs. I. — Bus..., 4 ans. Eruption de rougeole le en plein catarrhe prémonitoire, la desquamation se r voit plus trace; pendant la convalescence la langu après, la maladie récidive.

Obs. II. — Frou..., 1 an 1/2. Cet enfant subit la bre, sans perdre sa desquamation, mais déjà affaibli, cachectique, présente des eschares et meurt en déce l'évolution des plaques s'était arrêtée, et depuis 9 avait disparu.

Obs. III. — Fr. Ad:., 1 an 1/2. Scarlatine; même temps que de tout l'épithélium, puis, rouge reforment pas; mort par diphthérie pendant la conv geole.

Obs. IV. — Oliv..., 3 ans. Rougeole commenc guérie complètement le 30; ce même jour, la gloss 9 décembre elle n'avait pas encore reparu.

Obs. V. — Ralq. ., 2 ans. Eruption de rougeole cho-pneumonie, mort. Dès le premier jour, la des paru complètement.

Obs. VI. — Dul..., 2 ans. Rougeole le 20 septen mation a disparu. Un mois après elle ne s'est pas r

Dans tous ces cas, il s'agit d'une évolutio de certaines maladies de la peau dont le s'atténuent ou disparaissent sous l'influen générale aiguë et fébrile.

Par contre, la desquamation peut servir à

lisation à une maladie intercurrente ; nous avons observé une diphthérie qui parut débiter sur une partie dépouillée de la langue ; mais, dans ce cas, l'absence du liséré bien net nous laisse des doutes sur l'identité de la lésion avec la glosite marginée.

*Anatomie pathologique.* — Gubler est le premier qui ait étudié les lésions élémentaires de cette maladie ; les quelques lignes qu'il y consacre étonnent par leur terminologie actuellement inusitée et un peu confuse. Van Lair, étudiant par raclage la constitution du liséré, y trouve « des cellules turgides, nucléées, granuleuses, identiques à celles qui forment les couches moyennes et profondes du réseau de Malpighi » avec un très petit nombre de cellules cornées.

Lemonnier rapporte le résultat d'examens pratiqués par Balzer ; il signale la transformation cavitaire des cellules, phénomène qui caractérise l'inflammation épidermique.

H. Martin, sur des coupes de langues malades, a décrit l'augmentation de volume des cellules de la couche cornée, et la prolifération plus active des cellules du corps de Malpighi. De plus, l'accumulation, dans le derme autour des vaisseaux, de corpuscules lymphoïdes. Caspary qui n'a pas hésité à exciser la muqueuse vivante, déclare, malgré des grossissements considérables, n'avoir rien vu d'anormal.

Dans les raclages, maintes fois pratiqués sur les lisérés, nous avons été étonné de rencontrer de nombreuses cellules normales, à côté d'autres déformées, granuleuses.

L'examen de la langue, après la mort de l'enfant, ne peut que rarement donner des résultats, par ce fait, indiqué plus haut, que les maladies fébriles arrêtent le processus ; il faut donc choisir les cas où la mort résulte d'une maladie sans fièvre.

Sur les coupes que nous avons pu examiner, l'épithélium ne fait nulle part complètement défaut ; il en reste toujours une couche mince, même au sommet des papilles ; mais l'épithélium interpapillaire est à peu près intact, en sorte que toute la surface est unie et nivelée.



Le derme nous a paru partout non dilatés.

Dans un seul cas nous avons vu le derme par de nombreux noyaux l'enfant qui succomba à la diphthérie, cellules épithéliales, en prolifération sur une assez grande épaisseur karyokinèse.

Les auteurs n'ont pas donné un lesions de l'épithélium et à celles du

Tandis que Gubler regarde l'inflammation superficielle, Van Lair y voit une lésion à type papillaire dans ses deux portions, Parrot et H. Martin conclue siège principal de l'affection et que superficielles sont d'ordre tout à fait secondaires.

Il ressort de nos examens histologiques que le derme n'a pas une aussi grande importance d'inflammation ne s'observent que résultant de la coïncidence d'une stomatite, peut-être même état saburral que l'inflammation est purement épithéliale présente au voisinage du liséré une l'inflammation, cet aspect n'est dû à l'hyperplasie de la couche épithéliale du derme.

Mais par quel processus se fait la lésion se forme que par la chute du liséré. cellules gonflées, proliférées et, par conséquent, peut admettre avec Van Lair que la chute des unes par les autres produit la lésion épithéliale, et la chute du liséré. Mais si l'inflammation est superficielle, les couches cutanées au même niveau, et la plaque desquamée.

On s'est demandé pourquoi, seuls les fongiformes faisaient saillie ; cela tient à l'hyperplasie inégale de la couche épithéliale.

de papilles ; les filiformes, en effet, sont surtout constituées par de l'épithélium, et quand il est tombé, elles se trouvent de niveau avec le reste de la muqueuse ; les fongiformes, au contraire, n'ont à leur surface que quelques couches de cellules, en sorte qu'elles conservent l'intégrité de leur volume et de leur forme.

*Etiologie.* — La desquamation marginée s'observe surtout dans les trois premières années de la vie. Les 44 cas que nous avons observés se décomposent ainsi :

De 0 à 6 mois.....	1
6 mois à 1 an.....	12
1 an à 2 ans.....	9
2 ans à 3 — .....	11
3 ans à 4 — .....	7
4 ans à 5 — .....	2
5 ans à 6 — .....	1
A 6 — .....	1

Or nous avons examiné pendant cinq mois les enfants admis journellement à l'hospice des Enfants-Assistés (1) ; leur nombre est de 3,400. En les classant par âge et en faisant le pourcentage du nombre de desquamations observées à chaque âge, nous arrivons aux proportions suivantes :

De 0 à 6 mois.....	1 cas pour 1,070.
6 mois à 1 an.....	7 0/0
1 an à 2 — .....	4 --

---

(1) Les enfants admis à l'hospice sont présentés chaque matin au médecin, et divisés en catégories ; les syphilitiques et les douteux sont soigneusement mis à part. Nous avons fait ce triage, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Sevestre. Nos chers collègues Méry et Roulland ont eu l'obligeance de relever avec le plus grand soin les cas qui se développaient dans leurs salles.

De 2 ans	3 ans	.....	5 cas
3 —	4 —	.....	4 —
4 —	5 —	.....	1 —
5 —	6 —	.....	0,5 0

On voit qu'après 6 ans la desquamataire ; car nous ne disons rien de 1,170 enfants qui ont été examinés ; l'affection guérit, avons dit comment.

Cependant, les auteurs signalent des cas : Lemonnier a vu un début à 40 ans, Lal 20 ans. Mais ces cas sont rares, et ne comme appartenant à cette maladie, en d quelques caractères (douleur, induration), tel Van Lair, quelques faits de Unna, d'autr nièrement à la Société clinique (1).

Sur nos 44 observations, 28 sont fourn 16 par des garçons, et relativement à la des deux sexes, la proportion est de 1.8 % de 0.8 % pour les garçons.

Nous doutons fort de l'influence de l'hér Gubler, Bridou, Barié (2), car cette affirm lement sur la déclaration des mères de qu

Les auteurs ont relevé les coïncidences vées chez leurs malades et ont abouti à de ques variées ; telles sont le mauvais état d (Gubler, Gautier), l'excès de fatigue, primitif ou consécutif à une maladie aiguë Lemonnier). Nous repoussons ces conclusions ; si en effet souvent ces enfants sont malingres, et cela est vrai pour la majorité des enfants des hospices, quelques-uns ont les attributs d'une excellente santé et d'un bon état digestif.

(1) *Société clinique*, 1883. Discussion à propos de trois observations présentées par M. de Molènes.

(2) *Société clinique*, 1885. Discussion à propos de trois observations présentées par M. de Molènes.

Une seule cause paraît être invoquée avec une vraisemblance constante, c'est la dentition : l'âge des enfants le montre.

Faut-il voir une condition favorable dans l'acidité du liquide buccal que nous avons souvent constatée ? Depuis Gubler, on admet que l'acidité est la principale cause du développement du muguet ; mais cette acidité existe très souvent en l'absence de toute altération buccale ; en introduisant du papier tournesol dans la bouche d'enfants en bon état digestif, nous avons constaté :

Qu'il rougissait 47 fois.

Qu'il bleuissait 12 fois.

Qu'il n'était pas influencé 9 fois.

Ce n'est pas à dire que la salive soit acide, mais le liquide buccal l'est, dans beaucoup de cas, sans lésions, et c'est là l'important. La réaction est donc sans influence.

Parrot, se basant sur une statistique de 31 cas dans laquelle il rangeait 28 syphilitiques, concluait que la glossite était une syphilide linguale. L'absence d'observations ne permet pas de discuter cette statistique. « Il ne faut pas, dit-il, être plus exigeant pour la syphilis que pour la pneumonie, et vouloir qu'il ne lui suffise pas d'un signe pour se faire reconnaître. »

Or, quels sont les signes qu'admettait Parrot ? Ses leçons nous les donnent admirablement exposés, et décrits dans leurs plus minutieux détails ; éruptions, ulcérations, fissures, cicatrices, malformations dentaires, etc. ; toutes ces manifestations forment une symptomatologie complète et incontestée. Mais en 1881, date de la statistique, l'opinion de Parrot était déjà faite au sujet de l'identité de la syphilis et du rachitisme que ces mêmes leçons tendent à prouver. Par ce fait même, la statistique de Parrot ne serait pas acceptable. Car, depuis lors, de nombreuses observations ont montré l'indépendance des deux termes, syphilis et rachitisme ; le professeur Fournier (1), au nom de la clinique et de

---

(1) FOURNIER. *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive.*

l'anatomie pathologique en a montré les rapp

La statistique du professeur contient d'aille dans lesquels il n'a pu déceler la syphilis.

Nos observations ont toutes été recueillies de cupation constante de la découverte d'une tare Pour chaque enfant, nous avons examiné, dans régions, la peau, les yeux, les autres organes dents (les moindres érosions, et le retard exagération ont entraîné le diagnostic de syphilis), l'état génitales, enfin la conformation du squelette ; nous pas considéré comme sains les enfants qui une déviation ou un épaississement des os longs, ou l'évolution des fontanelles ou une hyperostose si la déformation osseuse était isolée, et sans aide de la peau, l'enfant était classé douteux (1).

Aggravant ainsi notre statistique, nous avons résultats suivants.

Syphilitiques.....	
Sains.....	
Douteux.....	
Sans renseignements suffisants.....	4

Le chiffre important de 13 syphilitiques ne doit pas étonner ; dans le milieu spécial où nous observions, les héréditaires sont nombreux.

Enfin, en réunissant tous les nourrissons syphilitiques ou suspects, séparés des autres dès leur entrée, nous avons obtenu la proportion de 7 desquamés pour 150.

Il existe donc de nombreux enfants atteints de desquamation marginée qui n'ont jamais eu la moindre trace de syphilis ;

---

(1) La recherche des antécédents de famille est des plus difficiles dans ces conditions. Cependant nous avons pu examiner les parents de quelques enfants, dans les services d'hôpitaux où ils étaient malades et rechercher la polymortalité des enfants de la même famille, et les accidents divers que nos jeunes sujets avaient présentés dans leurs premières semaines.

Les preuves dans le même sens abondent; telles sont les observations familiales complètes de Fournier, Vidal, Lemonnier, Unna, Spillmann, où on n'a pu déceler la syphilis; telle est encore cette remarque de Caspary, et que nous avons vérifiée, que le traitement antisypilitique n'a aucune action sur cette affection.

*Pathogénie.* — Quelle est la cause immédiate de cette inflammation épidermique? Unna y voit un trouble trophique dû à une lésion nerveuse avec spasmes vasculaires; à la vérité on ne comprend pas très bien cette lésion nerveuse survenant par poussées sans trouble de sensibilité, récidivant, puis guérissant un jour complètement sans laisser de traces.

Gubler cherchait un parasite pour expliquer cette singulière maladie.

C'est certainement l'idée la plus séduisante: production épidermique d'abord punctiforme, puis s'étendant également dans sa marche excentrique, revêtant toujours la forme polycyclique, durant des années sans trouble profond de la muqueuse, ne sont-ce pas là des caractères communs à beaucoup de dermatoses parasitaires?

L'analogie avec les macules syphilitiques de la peau, que signalait Parrot, est certainement forcée; car, s'il est vrai que cette syphilide s'observe au même âge, et ait la même forme circulaire ou polycyclique; par d'autres caractères, elle en diffère absolument; elle a une évolution beaucoup plus lente; elle n'offre pas ce processus de réparation continu, si remarquable dans la glossite; son point de départ reste malade, aussi longtemps qu'elle augmente; en un mot, elle est extensive, elle n'est pas migratrice.

La théorie du parasitisme, il est vrai, ne doit s'appuyer que sur la démonstration de l'élément, et son inoculation à un sujet sain. Les nombreuses colorations que nous avons faites, ont décelé quelquefois des spores beaucoup plus volumineuses que les micrococci ordinaires de la bouche; mais

nous n'avons pu tenter la séparation de ce nombre dépasse probablement le cas de M. Vignal (1) chez des enfants dont le lait est un lait exposé pendant plusieurs heures constituant un milieu largement ensemen-

Nous avons tenté deux fois l'inoculation des produits de raclage du liséré, nous n'avons obtenu aucun résultat.

*Diagnostic.* — Certains auteurs se sont mépris sur le diagnostic. Mais, comme le disait Parrot dans deux cas, on ne peut confondre cette glanée avec la maladie.

La question n'est pas aussi simple que de constater des lésions linguales très analogues aux plaques fauchées des syphilitiques.

D'une façon générale, on peut dire que la desquamation linguale diffère de celle du liséré.

**B. — Desquamation à découpeure**  
bien décrite par Gautier, qui la désigne sous le nom de *langue en carte*, s'observe au même âge que la précédente, sur les bords et la pointe, quelquefois au milieu. On n'a pas encore vu le début de la lésion. La dénudation est rose vif, égale, sans nœuds, sans papilles fongiformes saillantes : les bords sont très irréguliers, mais formés de parties saillantes. La desquamation se répare en trois ou quatre semaines par un peu à peu son épithélium.

Cette variété paraît en rapport avec des lésions cutanées. Nous l'avons notée chez quelques enfants atteints de deux ou trois syphilitiques, mais elle est

---

(1) VIGNAL. *Arch. physiolog.*, 1886.

syphilis ; une observation très complète qu'a eu l'obligeance de recueillir notre collègue Cayla, nous montre un enfant

seul atteint de cette forme de desquamation, dans une famille dont les parents sont exempts de syphilis et les autres enfants parfaitement sains.

**C. — Desquamation du troisième type.** — Il est encore une forme que nous n'avons rencontrée dans aucun des ouvrages signalés plus haut.

Elle consiste en un simple amincissement épithélial, sans limites nettes, sans bords saillants ; la muqueuse diminue progressivement de hauteur jusqu'au centre de la plaque ; celle-ci est unique et occupe la ligne médiane de la face dorsale, allongée d'avant en arrière ; elle peut en occuper toute la longueur.

Nous ne pouvons rien dire de son début ; quand elle disparaît, au bout de quelques jours, l'épithélium se reforme de la périphérie au centre, ou bien de la base à la pointe.

Les enfants qui en étaient porteurs étaient bien portants.

Comme la desquamation marginée, ces deux dernières variétés ne peuvent être confondues avec aucune autre



lésion. Les érosions consécutives à l'aj  
ulcéro-membraneuse, rubéolique sont  
gulières, recouvertes d'un enduit gr  
reuses.

Toutes les trois comportent un pro  
tent à peine qu'on les traite. Elles guér  
l'âge, et quelle que soit leur durée, el  
le fonctionnement de la langue ou du t

---

## PRONOSTIC ET TRAI DE QUELQUES FRACTURES CH.

D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILL  
ENFANTS-MALADES DANS LE SERVIC  
GERMAIN,

Par M. Joulhard, interne des

---

Nous venons d'observer dans le servi  
maître, M. de Saint-Germain, une série  
qui ont encombré pendant quelques moi  
réservée aux garçons. Malgré la fréq  
chez les enfants, il est exceptionnel c

aussi grand nombre dans la même salle; aussi, avons-nous pensé qu'il y aurait quelque intérêt à montrer les résultats obtenus par les modes de traitement que notre maître préfère pour chaque genre de fracture.

### I. — FRACTURES DE CUISSE

OBS. I. — Gér... Gaston, 7 ans et demi, entré le 25 avril 1887, salle Saint-Côme, n° 7. Chute sur le pavé, après un faux pas. Fracture de la cuisse gauche à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Gonflement et ecchymose considérables. Epanchement appréciable dans l'articulation du genou. Déformation : saillie antéro-externe des fragments. Mobilité anormale, crépitation. Raccourcissement de 2 centimètres.

Pendant quatre jours, immobilisation dans une gouttière métallique ouatée. Application sur la cuisse et le genou de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.

Puis, extension continue avec l'appareil américain simplifié. Poids employé : 4 livres.

21 mai. Cal solide, assez volumineux. Raccourcissement de 1 centim. Marche possible, sans claudication. Exeat.

OBS. II. — Quinc... Auguste, 9 ans, entre le 21 avril, salle Saint-Côme, n° 13. Est tombé hier de sa hauteur. Fracture de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Déformation très accusée; raccourcissement de 2 centim. et demi. Mobilité anormale, crépitation. Epanchement considérable dans le genou. Immobilisation et compresses résolutives.

26 avril. Extension continue avec l'appareil américain simplifié. Poids employé : 4 livres.

24 mai. Cal solide, volumineux, saillant en dehors. Raccourcissement : 1 centim. et demi. Marche possible, sans claudication. Exeat.

OBS. III. — Part... Prosper, 3 ans, entre le 19 avril, salle Saint-Côme, n° 17. Est tombé hier de sa hauteur. Fracture de la cuisse gauche à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Ni gonflement, ni ecchymose. Saillie très accusée des fragments en dehors. Mobilité, crépitation. Raccourcissement de 2 centim. et demi. Léger épanchement dans le genou. Immobilisation, antiphlogistiques.

26 avril. Extension continue à l'plié. Poids employé : 2 livres.

15 mai. Cal assez volumineux, marche possible, sans claudication. 1

OBS. IV. — Chat... Henri, 6 ans et Côte, n° 16. Renversé hier par un c. l'union des tiers inférieur et moyen. ture; ni mobilité ni crépitation. R. Léger épanchement dans le genou blanche.

30 avril. Extension continue. Poic

24 mai. Cal solide, peu volumineu Raccourcissement : 1 centimètre. E

OBS. V. — Boy... Louis, 7 ans, n° 21. Rachitique. Hier, un brancan droite qui est fracturée à l'union du Déformation très accusée constituée p tité, crépitation. Léger épanchement 2 centimètres et demi. Immobilisatio

18 avril. Extension continue. Poid

16 mai. Cal peu solide.

9 juin. Cal solide, petit. Pas de raideur du genou. Exeat.

OBS. VI. — Ler... Albert, 3 ans et Côte, n° 32. Hier, choc d'une grosse ture à l'union du tiers moyen et du t. mose considérables. Saillie antéro-ex chement très abondant dans le ge imbibées de chlorhydrate d'ammoniac

20 mai. Extension continue avec u

17 juin. Pas de déformation, cal pe raideur du genou. Atrophie peu mar Pas de raccourcissement. Marche nor

OBS. VII. — Mang... Charles, 7 an n° 2. Chute sur le pavé, de sa haute

tiers moyen. Gonflement et ecchymose considérables; saillie en dehors. Mobilité, crépitation. Epanchement abondant. Raccourcissement : 3 centimètres. Immobilisation; compresses d'eau blanche.

Extension continue avec un poids de 4 livres.

Genou volumineux, mais pas de déformation apparente. Léger t raideur dans le genou. Atrophie du droit antérieur. Raccourcissement : 1 centim. Marche peu facile, mais sans claudication. Exeat.

Genou beaucoup moins volumineux. Genou encore un peu raide. Douleur. Exeat.

- Grim... Victor, 4 ans, entre le 25 mai, salle Saint-Côme, hier un coup de pied de cheval sur la cuisse gauche qui a fracturé l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Ecchymose considérables. Déformation consistant en une saillie externe. Mobilité, crépitation. Raccourcissement de 2 centimètres. Epanchement dans le genou. Immobilisation. Compresses

Extension continue; poids de 3 livres.

Genou peu volumineux, solide. Pas de déformation ni de raccourcissement; d'épanchement dans le genou; un peu de raideur articulaire; claudication; mais gêne de la marche. Exeat, avec un bandage.

Marche facile. Raideur moins considérable du genou.

Rob... Louis, 3 ans, entre le 11 mai, salle St-Côme, n° 24. Escalier. Fracture de la cuisse droite à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Déformation considérable; saillie antéro-externe. Ecchymose; pas d'épanchement dans le genou. Ni mobilité ni raideur, mais possibilité d'exagérer la saillie externe. Raccourcissement de 2 centimètres. Immobilisation. Compresses d'eau blanche.

Extension continue avec un poids de 3 livres.

Genou peu volumineux, solide. Pas de raccourcissement. Exeat.

Muer... Maurice, 7 ans, entré le 2 juin, salle St-Côme, n° 1. Premier étage. Fracture de cuisse au niveau du tiers moyen. Déformation assez considérable. Saillie des fragments en avant. Mobilité, épanchement assez abondant dans le genou. Raccourcissement de 2 centimètres. Immobilisation. Compresses d'eau blanche.

sement de 2 centimètres. Immobilisation blanche.

6 juin. Extension continue avec un poids

24 juin. Cal solide, peu volumineux. Ti  
genou. Pas de raccourcissement, marche l

OBS. XI. — Val... Emile, 7 ans, en  
Côte, n° 25. Chute sur les pieds d'une l  
de la cuisse gauche à l'union des tiers  
antéro-externe des fragments. Mobilité, c  
sidérable dans le genou. Raccourcissemen  
bilisation; cataplasmes arrosés d'eau blan

8 juillet. Extension continue avec un pe

3 août. Cal peu volumineux, solide. P  
Raccourcissement de 1 centim., n'entr  
Exeat.

OBS. XII. — Leg... Emile, 7 ans, ent  
n° 4. Est tombé hier du haut d'une v  
gauche au niveau du tiers moyen. Eccl  
sanguins volumineux au niveau du foyer  
marquée. Saillie très appréciable des fra  
crépitation. Epanchement très abondant  
ment de 2 centim. Immobilisation. Catapl

1<sup>er</sup> juillet. L'épanchement sanguin a un  
tinue avec un poids de 4 livres.

1<sup>er</sup> août. Cal très volumineux, encore  
l'extension.

Le 17. Cal moins volumineux, solide. Il  
fracture une légère teinte noirâtre et une  
sang épanché. Pas de raccourcissement. M  
articulaire. Exeat.

OBS. XIII. — Boir... Elie, 14 ans, ent  
n° 25. Est tombé hier dans un escalier. Fr  
l'union des tiers moyen et inférieur. Anl  
genou résultant d'une vieille tumeur blanc  
Mobilité, crépitation. La mensuration pratic  
supérieure au condyle externe donne un r

sses imbibées d'eau blanche. Le membre est immobilisé  
re métallique ouatée.

eu volumineux, solide. Raccourcissement de 1 centim.

- Presb... Léon, 13 mois, entre le 15 juin, salle St-Côme,  
ne chute dans l'escalier, s'est cassé la cuisse gauche à  
supérieur avec le tiers moyen. Pas de signes extérieurs :  
. déformation; ni mobilité, ni crépitation, mais possibilité  
n dedans; impotence et rotation du membre en dehors.  
t de 1 centimètre.

» l'appareil en carton de paille : quatre attelles envelop-  
ent la cuisse et sont fixées au moyen d'une bande roulée.  
recouvert de taffetas gommé pour qu'il ne soit pas souillé

l solide, peu volumineux. Pas de raccourcissement.

fractures, qui siégeaient le plus souvent au  
rs moyen de l'os, se sont presque toujours  
s d'une déformation notable et d'un raccour-  
tial variant de 1 à 3 centim., indiquant la déchi-  
ste et le déplacement des fragments. Quant à  
t que l'on observe si souvent dans l'articulation  
a suite des fractures de cuisse, nous l'avons  
is la grande majorité des cas, et cela dès le  
, quel que fût d'ailleurs le siège de la fracture.  
confirmation de la remarque d'Alison (1) qui  
chez l'enfant le précocité d'apparition de ce

ticularité intéressante de ces fractures réside  
ltats donnés par le traitement : 1<sup>o</sup> absence de  
nent chez huit malades, c'est-à-dire dans plus  
es cas; 2<sup>o</sup> raccourcissement de 1 centim, chez  
es, et 3<sup>o</sup> raccourcissement de 1 centim. et demi

---

*hrose dans les fractures de cuisse chez les enfants. Thèse*

## REVUE DES MALADIES DE

deux cas les plus malheureux, le raccourcissement n'a été que la claudication.

Les résultats satisfaisants ont été obtenus par le traitement qui ne brille pas par

son mérite, préférable à nos jours dans l'appareil à extension, à l'appareil américain : le membre est entouré d'une bandelette de diachyle, appliquée sur les parties latérales, et monte sur le fragment inférieur par des circulaires égales. On bascule un étrier sur lequel on suspend un poids à une corde glissant sur une poulie fixée au lit. La contre-extension est obtenue, grâce au relèvement des pieds, de 10 centim. de hauteur. Le poids varie de deux à quatre livres, selon l'âge de l'enfant. La traction continue mais progressive, de poids d'une ou deux livres pendant les premiers jours, ou trois autres livres sont appliqués tous les jours d'intervalle. Deux lits sont nécessaires pour les enfants au-dessous de 5 ans ; deux sont nécessaires. L'appareil simplifié, ne comporte, on le voit, rien de ces complications qui le constituent et qui troublent le médecin.

Les résultats qu'il nous a donnés et qui, si haut, ne prouveraient rien, paraissent, s'il était démontré, nous permettent d'en obtenir sans l'intention de faire ici l'éloge, de tous les lits de roses et de la fécondité des inventeurs et

eux, la guérison des fractures de cuisse sans le moindre raccourcissement. De pareilles affirmations veulent des preuves qu'ils se gardent bien de donner, et pour cause; aussi, faut-il prêter à l'expression *sans raccourcissement* la même signification restreinte qu'au fameux *sans douleur* du dentiste. Il est vrai que ce scepticisme, justifié pour les fractures de cuisse chez l'adulte, paraît avoir moins de raison d'être chez l'enfant, tous les auteurs s'accordant à reconnaître chez lui la fréquence de la guérison sans raccourcissement. Mais cette fréquence n'a pas été évaluée exactement dans la plupart des statistiques. La seule qui donne des chiffres précis, celle de Burck (1), porte que sur 17 sujets âgés de moins de 12 ans, un tiers a guéri sans raccourcissement et que chez les deux autres tiers, la moyenne du raccourcissement n'a pas atteint un centimètre.

Bigelow (2) considère comme un bon résultat un raccourcissement de 2 centim. chez l'adulte. Les résultats, ajoute-t-il, sont meilleurs chez les jeunes sujets.

Hamilton (3) est d'avis qu'on peut très souvent, chez l'enfant, obtenir la consolidation avec un raccourcissement assez peu marqué pour qu'il échappe à la mensuration.

On voit, en somme, que la statistique de Burck, la seule qu'on puisse invoquer comme terme de comparaison, est de beaucoup inférieure à la nôtre. Or, les auteurs qui précèdent se sont servi de l'appareil américain en diachylon en ayant soin de le renforcer par une longue attelle externe. Hamilton ne se contente pas d'une attelle; il en emploie deux, remontant jusqu'à l'aisselle, et reliées à leur partie inférieure par une autre attelle transversale. Cet appareil aurait l'avantage d'immobiliser, non seulement le membre malade, mais aussi le membre sain et d'empêcher tout mouvement intempestif de la part du petit malade, ainsi enfermé dans un cadre de bois.

---

(1) BUFFALO. Med. Journ. Vol. XV, p. 22, 1859.

(2) Cité par HAMILTON : communication écrite.

(3) *Traité pratique des fractures*, 1884.





dessous du genou les circulaires en diachylon qui entourent le fragment inférieur et constituent le point d'application de la traction exercée sur le membre. Chez l'un d'eux, nous avons dû réappliquer trois fois l'appareil en 8 jours. En serrant davantage les circulaires et en menaçant l'enfant de quelque punition sévère, on fera respecter l'intégrité de l'appareil.

Chez deux malades, le mode de traitement a été différent. Le premier avait, en effet, une ankylose angulaire complète du genou consécutive à une ancienne tumeur blanche. Nous avons utilisé ce double plan incliné qui s'offrait de lui-même en nous contentant d'immobiliser le membre dans une large gouttière métallique ouatée. Mais le raccourcissement primitif, qui était de 1 centim. et demi, a persisté après la guérison, contrairement à ce qui a eu lieu chez les malades traités par l'appareil américain, dont le raccourcissement définitif a été toujours inférieur d'au moins 1 centim. à celui du début.

Le second malade, âgé seulement de 13 mois, a été traité à l'aide de l'appareil en carton de paille formant une véritable bourriche autour de la cuisse, que M. de Saint-Germain a décrit dans sa Chirurgie des enfants. Le résultat a été parfait : il n'existait pas le moindre raccourcissement.

## II. — FRACTURES DE JAMBE

Nous en avons observé 7 cas, dont 4 simples et 3 compliqués. Sur les 4 fractures simples, 3 atteignaient les deux os de la jambe et une seule le péroné. On connaît, en effet, la rareté de cette dernière fracture dont M. de Saint-Germain n'a vu que 4 exemples en six ans. On ne l'observe guère que chez des enfants qui approchent de l'adolescence; notre malade avait en effet 13 ans. C'était la fracture de Dupuytren, à 4 centim. de la malléole, avec coup de hache et arrachement de la malléole tibiale.

Voici le traitement employé dans ces 4 fractures : après avoir, pendant quelques jours, laissé reposer la jambe entourée

de compresses résolutive dans une gouttière garnie d'ouate, nous avons réduit la fracture et immédiatement une gouttière plâtrée remontant du genou, que nous avons remplacée 15 à 20 jours un appareil silicaté; malgré la persistance d'un volumineux dans un cas, les résultats ont été favorables.

Quant aux trois fractures compliquées, deux ont été réduites aussitôt à l'aide d'une gouttière plâtrée échancrée au niveau de la plaie qui a été pansée à l'Grâce à l'interposition d'un tampon d'ouate hydro la gouttière et le membre au-dessous de la plaie, nullement ramolli le plâtre et la cicatrisation de la que la consolidation de la fracture, se sont effectués le moindre mouvement fébrile sous le pansement renouvelions tous les cinq à six jours. Les résultats des plus satisfaisants et ont permis la marche stationnaire. Nous avons actuellement, dans la salle St. deux nouvelles fractures compliquées de jambe 12 jours, que nous traitons de la même façon et qui ne accompagnent pas de la moindre fièvre.

Le troisième malade, dont la jambe avait été lésée par un tombereau chargé de pierres, portait, au niveau de la fracture, une plaie contuse profonde, mise à nu et mesurant 12 centim. de long sur 7 de large. À cause de cette plaie et l'attrition des parties voisines ne pouvions pas d'appliquer un appareil inamovible, le membre a été placé dans une gouttière métallique ouatée et la plaie soignée après un lavage soigneux avec l'iodoforme. Malheureusement, une contracture tétanique des masséters et des sus-hyoïdiens se déclara le quinzième jour et le malade est emporté un mois après par ce tétanos chronique. L'histoire sera d'ailleurs publiée dans un des prochains numéros de cette Revue.

## III. — FRACTURES DE L'HUMÉRUS

Nous avons observé, chez un enfant de 14 ans, un cas de fracture du corps de l'humérus consécutive à la chute du haut d'un arbre élevé. La fracture était double ; un premier trait siégeait vers la partie moyenne de l'os, le second à 5 centim. plus haut et le fragment intermédiaire jouissait de la plus grande mobilité. Les fragments supérieur et inférieur faisaient sous les téguments une saillie très accusée.

On sait combien il est fréquent d'observer la non consolidation de ces fractures, malgré le soin avec lequel on applique les appareils inamovibles. M. de Saint-Germain cite dans la Chirurgie des enfants, deux cas remarquables de pseudarthrose qui n'aboutirent à la consolidation qu'à la suite de plusieurs séances d'électro-puncture chez l'un et de l'application chez l'autre d'un appareil cartonné méthodiquement appliqué. Nous-même en avons vu un exemple, l'andernier, à Saint-Louis, alors que nous étions interne de M. Péan. Ce cas ressemblait assez au cas actuel : la fracture était double et le fragment intermédiaire, long de 6 centim., très-mobile. Un appareil plâtré prenant son point d'appui sur l'épaule, fut appliqué et le membre supérieur très solidement fixé au tronc par des bandes. Cependant, lorsque, deux mois après, on enleva l'appareil, le fragment intermédiaire était aussi mobile qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Il est bon d'ajouter que chez ce malade, âgé de 62 ans, et d'une constitution délabrée, la fracture était survenue presque spontanément, à la suite d'un traumatisme insignifiant. Cette fragilité excessive de l'os expliquerait son peu de tendance à la consolidation.

Nous avons pu, au contraire, dans le même service, obtenir chez un malade une consolidation parfaite avec un appareil silicaté formant un spica de l'épaule, entourant complètement le membre supérieur et immobilisant l'épaule à l'aide de bandes enroulées autour du tronc. Chez notre petit malade, nous nous sommes servi du même bandage silicaté et nous n'avons pas eu à le regretter, car la consolidation s'est effec-

tuée en ne laissant qu'un cal peu volumineux.

#### IV. — FRACTURES DE L'AVANT-BRAS

Au nombre de 4, elles intéressaient les deux bras. On l'observe dans la grande majorité des cas. Chez nous la fracture n'était indiquée que par une courbure sans mobilité anormale, ni crépitation. Preuve en effet, c'est à la variété appelée par les Anglais *greenstick fracture*, en bois vert, avec conservation du périoste, qu'on reconnaît la fracture de l'avant-bras chez l'enfant. L'absence de crépitation, caractéristique indiquant que la fracture se fait sans déplacement, a été signalé pour la première fois par Coulon (1), interne de Marjolin, et contesté par M. de Saint-Germain ne l'a jamais vue mais a vu innombrables fractures de l'avant-bras qu'il n'a pu réduire. Cette sensation n'a pas fait défaut chez nos malades. Quant aux résultats, ils ont été excellents. On a employé à l'appareil de Nélaton que nous avons employé chez les autres malades et à la gouttière plâtrée dont nous avons servi chez les deux autres.

#### STATISTIQUE CHIRURGICALE SEMESTRIELLE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Dans le service de M. le Dr L. A. de Saint-Germain

##### PREMIER SEMESTRE

Le nombre total des enfants soignés dans le service pendant les six premiers mois, s'élève à 352.

Garçons âgés de moins de 7 ans	.....
— — — 16 —	.....
Filles âgées de moins de 7 ans	.....
— — — 16 —	.....

(1) *Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants*.

Sur ces 352 malades on compte 180 guérisons.

120 enfants ont été renvoyés à leur famille avant la guérison.

Dans ce nombre il faut compter ceux qui, dans les cas de fractures, ont été pourvus d'appareils constituant tout le traitement, dans les cas où le repos au lit n'était pas nécessaire ou qui, atteints de plaies, ont été pansés et renvoyés lorsqu'ils étaient susceptibles de revenir à l'hôpital pour faire renouveler leur pansement.

Ceux qui, atteints d'affections chirurgicales diverses, ont été réclamés par leurs parents, avant qu'ils ne fussent guéris.

Ceux qui ont été transportés dans d'autres salles, parce qu'ils avaient contracté des affections médicales intercurrentes.

Cinq qu'on a été obligé de renvoyer lorsqu'on a licencié les salles de chirurgie à la suite de plusieurs cas de tétanos qui avaient été contractés à l'hôpital.

Les affections traitées ont été les abcès chauds (2), les abcès froids (8), les *ganglions hypertrophiés ou suppurés* de l'aîne (3), de l'aisselle (6), du cou (13), du coude (1), du creux poplité (1), rétro-pharyngien (1), l'*arthrite rhumatismale* (3), l'*asphyxie* par l'oxyde de carbone (1), l'*athrepsie* (2), le *bec-de-lièvre* (5), les *brûlures* (25), les *calculs urinaires* (2), le *carcinome orbitaire* (1), la *chute du rectum* (2), les *contusions* diverses (11), les *contusions du genou* (5), les *corps étrangers de l'intestin* (1), la *coxalgie hystérique* (1), la *coxalgie sans suppuration* (7), la *coxalgie suppurée* (6), les *engelures ulcérées* (5), les *engorgements ganglionnaires* (5), l'*entorse tibio-tarsienne* (3), l'*érythème* (1), l'*étranglement interne* (1), les *fistules anales* (1), les *fongosités synoviales* (9), les *fractures simples* de l'avant-bras (13), du bras (7), de la clavicule (1), du coude (4), de la cuisse (26), de la jambe (11), du maxillaire inférieur (2), des os du nez (1), les *fractures compliquées* (5), le *genu valgum* (1), l'*hématome* (2), l'*hématome suppuré* (1), la *hernie inguinale* (1), l'*hydarthrose* (5), l'*hy-*

*darthrose suppurée* (2), l'*hygroma suppuré* (1), le *kyste du creux poplité* (1), les *luxations* (4), les *luxations anciennes* avec ankylose (2), le *mal de Pott* (4), le *mal de Pott suppuré* (1), la *nécrose de l'apophyse mastoïde* (3), l'*ongle incarné* (4), l'*onyxis scrofuleux* (3), l'*ostéite suppurée* (25), le *phlegmon* (4), l'*ostéomyélite* (2), l'*ostéopériostite* (2), l'*otorrhée* (1), la *paralysie infantile* (1), la *péritonite tuberculeuse* (1), le *phlegmon* du bras (3), du cou (2), du coude (1), de la jambe (2), de la main (1), des paupières (2), le *phimosis* (2), le *pied-bot* (2), le *pied-plat*, *tarsalgie* (2), les *plaies contuses* (5), diverses (9), la *pleurésie purulente* (1), la *polydactylie* (2), la *rétention d'urine* (traumatique) (1), la *rhinite* (1), la *scrofule généralisée* (4), le *spina ventosa* (1), la *syndactylie* (1), le *torticolis* (1), les *tumeurs blanches* du genou (18), *suppurées* (1), *tibio-tarsiennes* (4), une *tumeur coccygienne congénitale* (1), la *vulvo-vaginite* (2).

Le chiffre des décès s'est élevé à 33. Sur les 33 décès il y a à relever :

14 décès dus à des *brûlures étendues*, dont un a été causé par le *tétanos*.

2 cas de *tétanos* se sont également produits chez deux jeunes garçons soignés à l'hôpital pour des *fractures compliquées* (de la jambe et de l'avant-bras).

Le *tétanos* a aussi emporté une jeune fille de 14 ans qui avait subi l'*amputation de la cuisse*.

Deux enfants, en bas-âge, ont succombé à la suite de *mauvais traitements* subis chez leurs parents.

Une partie notable des autres décès est due à des *maladies contractées* pendant le séjour des enfants à l'hôpital.

Ces maladies, dans leur ensemble, tant celles qui ont causé la mort que celles qui ont compliqué l'affection chirurgicale, sans amener une issue fatale, ont été la *rougeole* (19 cas), la *scarlatine* (2 cas), la *diphthérie* (2 cas).

Nous avons déjà mentionné le *tétanos* dont la répétition a été accentuée, à un certain moment, pour justifier l'évacuation des salles de chirurgie. 11 enfants seulement ont été gar-

de l'impossibilité de leur faire suivre le traitement chez leurs parents.

Les causes de la mort ont été l'abcès du cou, le carcinome orbitaire, l'étranglement interne, le tétanos, l'ostéomyélite. Un enfant a succombé à l'ablation d'une tumeur sacro-coccygienne dont il est parlé dans le numéro d'août de la Revue.

## REVUES DIVERSES

**Beobachtungen über Scharlach** (Quelques remarques sur la scarlatine) par H. HERTZKA (Archiv f. Kinderheilkunde, t. VIII,

porte un certain nombre de cas de scarlatine qui présentent des particularités intéressantes.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 9 ans qui présenta une scarlatine grave. Quatre semaines après le début de la maladie, alors qu'il paraissait complètement guéri, on put constater, coup sur coup, d'un refroidissement, un épanchement séreux dans les cavités péricarde et le péritoine, un œdème considérable de la face inférieure, enfin un œdème cérébral qui s'accompagnait de symptômes généraux très menaçants. L'enfant guérit rapidement fut le suivant : Pendant 16 jours l'enfant prit tous les jours 250 grammes d'une solution d'alun à 1 pour cent; en même temps, dans l'espace de 5 jours, 7 grammes d'iodure de potassium en solution; ces deux agents eurent une influence marquée sur la guérison. Une application de 3 sangsues sur la région cardiaque produisit instantanément des douleurs précordiales excessives. Sous cette saignée locale, la dyspnée disparut au bout d'une heure, le cœur devint fort et dur et la température s'abaissa.

Une fillette âgée de 5 ans. La scarlatine se compliqua d'ictère. Les icteriques au niveau de la région hépatique. Le foie était dur, tendu et son volume paraissait augmenté de plus d'un tiers. Bains et irrigations intestinales avec de l'eau à 20°. Une autre malade, plus âgée de 2 ans, fut également atteinte de



out de 7 jours; chez elle  
maladie une teinte ictérique

fillette âgée de 5 ans. Sympt  
ur de la maladie, teinte d'u  
la surface cutanée, qui d  
même temps, rougeur écla  
amygdales. Le diagnostic de  
desquamation très nette. V  
notable des ganglions sous  
très violente dans la gaine d  
garçon âgé de 4 ans 1/2. Er  
itié gauche de la face et pe  
à 6 jours. Huit jours après  
guérison au bout d'un mois.

garçon âgé de 10 ans. La s  
out de trois semaines la nép  
endu, par la présence d'une  
urines et enfin par la diminu  
était restée normale jusque  
ébriles assez intenses qui dur  
rinaire augmenta et la quai  
6<sup>e</sup> jour hémorrhagie rénale  
uite complète de la tempé  
ours, mais la quantité d'albu  
s qu'augmentait la sécrétio  
eux jours lorsque le malade  
e violence extrême; consécut  
it une dizaine de jours. Fi  
en bains chauds, suivis d'e  
nistration d'une solution d'al  
cas. — Ces trois cas concern  
atteintes, dans le cours de  
née des sœurs succomba au  
le, la plus jeune et la plus  
la complication diphthériti  
ut très bénigne.

---

**bei Nephritis scarlatinosa (De l'urémie dans la néphrose),** par W. JACUBOWITSCH. (*Centralblatt für* , n° 11.)

Frerich ne peut pas être toujours invoquée pour expliquer des accidents d'urémie; elle ne s'applique notamment à l'urémie qui surviennent alors que la sécrétion urinaire est ou même est plus abondante que dans l'état de santé. Les cinq observations de néphrite scarlatineuse compliquées d'urémiques mortels bien que la quantité d'urine sécrétée est plus abondante qu'à l'état normal. A l'autopsie on a trouvé une distension considérable des ventricules latéraux par de l'œdème marqué des méninges et du cerveau. C'est à cet œdème que l'auteur attribue la mort. Mais comment expliquer cet œdème cérébral, alors que la sécrétion urinaire est plus abondante? D'après l'auteur trois facteurs entrent en cause dans une urémie selon les cas. Ce sont d'une part les modifications chimiques, d'autre part les altérations pathologiques des parois des vaisseaux, et enfin les changements survenus dans la vitesse du sang chez le malade. L'auteur admet, en outre, que même dans les cas d'urémie sans altération chimique du sang, d'autres fois au contraire l'urine la mort est occasionnée dans certains cas exclusivement par l'altération chimique du sang, d'autres fois au contraire l'urine contribue également dans une large mesure à la production des accidents. Les recherches de Stepanow et Kuscow montrent que dans la néphrite aiguë les parois des vaisseaux et particulièrement les glomérules présentent rapidement des modifications de structure qui favorisent la production de l'œdème cérébral.

En traitement des accidents urémiques, l'auteur recommande les diurétiques et les purgatifs. Dans les cas où ces moyens ne donnent pas un résultat satisfaisant, il ne faut pas hésiter à recourir à la saignée. Suivant l'auteur, n'amèneraient pas seulement une amélioration, mais dans un grand nombre de cas une guérison complète. La saignée doit être selon l'âge des malades de 150 à 250 gr. Si la température est élevée, les bains froids seraient d'une grande utilité. Contre les symptômes nerveux, l'auteur préconise les chloroforme et les lavements de chloral hydraté.

**genannten chirurgischen Scharlach (De la scarlatine chirurgicale),** par le Dr HOFFA. (*Sammlung klinischer Vorträge* 2. — *Centralbl. f. Kinderhk.* 1887, n° 11.)

On a décrit sous le nom de scarlatine chirurgicale, des exanthèmes scarlatiniformes qui sont survenus au moment d'un traumatisme ou consécutivement à une opération, soit qu'ils aient eu comme point de départ la plaie même ou qu'au contraire ils se soient produits en un point plus ou moins éloigné de cette dernière.

L'auteur après avoir analysé tous les cas de scarlatine chirurgicale qu'il a trouvés dans la littérature, les range en quatre catégories.

Les trois premières catégories comprennent des faits qui ne se rapportent nullement à un véritable exanthème scarlatineux: tantôt il s'agit de simples érythèmes congestifs ou vaso-moteurs qui, comme l'a démontré V. Recklinghausen, sont le résultat d'un réflexe vaso-moteur. D'autres fois l'on a affaire à des érythèmes toxiques provoqués tantôt par l'absorption de débris organiques (ferment fibrineux), tantôt par l'administration des anesthésiques ou encore par les intoxications par le sublimé ou l'acide phénique. Dans d'autres cas, l'exanthème doit être considéré comme un érythème septique. Ceux-ci se distinguent parfois très difficilement de la véritable scarlatine, il n'est pas rare d'observer à leur suite une desquamation abondante de la peau.

Dans les cas de la quatrième catégorie, l'exanthème est réellement le résultat de l'infection de l'organisme par le poison scarlatineux. Mais on ne doit considérer comme des scarlatines chirurgicales que les cas dans lesquels l'infection ne s'est produite qu'après l'opération, ou consécutivement au traumatisme accidentel, et lorsque l'exanthème a eu la plaie pour point de départ.

L'auteur rapporte quatre observations qui rentrent dans cette catégorie. L'un de ces cas a été observé à l'hôpital de Wurzburg, pendant qu'il régnait dans la ville une épidémie de scarlatine. Il s'agissait d'un individu qui présentait de l'infiltration urinaire consécutivement à un cathétérisme, il survint de la gangrène cutanée au niveau de la verge, du scrotum et du périnée; on pratiqua des incisions multiples. C'est au niveau de ces régions qu'apparut l'exanthème scarlatineux le 9<sup>e</sup> jour après l'admission du malade à l'hôpital. Cet exanthème s'accompagna d'une angine, de néphrite et fut suivie de desquamation. Dans la même salle, un malade voisin atteint d'une plaie qui communiquait avec le rectum, prit la scarlatine dans les mêmes conditions.

L'auteur admet que les plaies aient prédisposé dans une certaine mesure ces malades à la scarlatine, en ce sens qu'elles favorisaient la pénétration dans l'organisme d'une quantité considérable de micro-organismes. Ce qui confirmerait cette manière de voir, c'est la courte durée

de la période d'incubation qui a été signalée dans un grand nombre de cas de ce genre.

---

**Epidemischer Icterus catarrhalis (Ictère catarrhal épidémique),** par G. GRAARUD. (*Norsk Mag. f. Lægevidensk*, 4. R. I. 2. — *Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. XXVI. Fasc. 3 et 4.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer à Holmestrand une épidémie d'ictère catarrhal qui persista pendant tout l'hiver de 1884 à 1885. Sur 38 malades, 22 étaient âgés de moins de 15 ans; l'enfant le plus jeune qui fut atteint de la maladie avait 2 ans. Chez la plupart de ces enfants, la maladie débuta par un malaise général qui durait plusieurs jours, puis survinrent tous les symptômes d'une gastro-duodénite aiguë, compliquée parfois d'angine folliculaire. C'est à ce moment seulement qu'apparaissait l'ictère, et il persistait encore lorsque l'état général était déjà considérablement amélioré. Dans les cas où le début de la maladie s'accompagnait de vomissements violents, l'ictère était toujours bien moins intense et la guérison plus rapide. L'auteur admet que l'acte du vomissement exerce une pression sur la vésicule biliaire et les canaux biliaires, et que la bile est ainsi expulsée mécaniquement. Il n'était pas rare de voir dans la même famille plusieurs personnes atteintes successivement d'ictère. En général, cette affection présentait plus d'une analogie avec les maladies infectieuses, mais on n'est jamais parvenu à constater des faits de contagion directe.

Relativement à la pathogénie de cette affection, l'auteur est d'avis que l'ictère catarrhal consiste simplement en un catarrhe gastro-duodénal avec propagation de l'inflammation sur le canal cholédoque, d'où production d'ictère. Suivant l'auteur, l'orifice du canal cholédoque n'a jamais été le siège d'une affection primitive, et l'ictère serait simplement un symptôme secondaire de la gastro-duodénite. Il résulte de ceci que les cas de gastro-duodénite sans ictère, que l'on observe fréquemment dans le cours des épidémies d'ictère catarrhal, doivent néanmoins être rangés dans la catégorie des maladies épidémiques. L'auteur propose de laisser totalement de côté la dénomination d'ictère catarrhal épidémique et de désigner la maladie sous le nom de gastro-duodénite épidémique.

---

**Fall von Ileus und Peritonitis (Un cas d'obstruction intestinale suivie de péritonite),** par le Dr A. BERGSTAND. (*Eira*, T. X. Fasc. 12. — *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. T. XXVI. Fasc. 3 et 4.)

Un garçon âgé de 13 ans reçut un coup de pied de cheval dans la région de la fosse iliaque gauche. Au bout de plusieurs jours seulement survinrent de la constipation, des vomissements et une douleur lancinante qui irradiait dans tout l'abdomen. Celui-ci était très douloureux à la pression, surtout au niveau des deux fosses iliaques. Les vomissements devinrent rapidement fécaloïdes.

Peu à peu ces accidents s'amendèrent sans que toutefois l'enfant recouvrât sa bonne santé habituelle. Cinq semaines après le traumatisme on put percevoir directement au-dessus du ligament de Poupart gauche, une tumeur fluctuante. Une incision pratiquée à ce niveau mit à nu un foyer de suppuration stercorale; le doigt pouvait pénétrer profondément dans la cavité de l'intestin. Il s'établit une fistule intestinale qui se cicatrisa plus tard sans opération.

---

**Chronische Peritonitis mit Spontanheilung durch Perforation (Péritonite chronique avec guérison spontanée par perforation), par le Dr H. HOCHHAUS. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1887, n° 20.)**

Une fillette âgée de 5 ans et demi avait perdu l'appétit depuis près de deux mois; les digestions étaient douloureuses, accompagnées de renvois, parfois de vomissements; au niveau de l'abdomen douleurs vives continues; alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Pendant ce temps l'enfant perdit son poids, tandis que l'abdomen était ballonné et fortement distendu. A son entrée à l'hôpital dans le service du professeur Fürbringer on constata que l'abdomen était douloureux à la palpation, que la percussion donnait une matité complète qui s'étendait jusqu'à l'ombilic, enfin qu'il existait des signes très nets de fluctuation. Les jours suivants, mouvements fébriles assez intenses avec exacerbations vespérales, vomissements et diarrhée. On porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Au bout de plusieurs jours, on put constater qu'au niveau de l'ombilic, le ventre s'était rétracté successivement en trois points différents, que la peau sus-jacente avait pris une coloration d'un rouge vif, et s'était notablement amincie et qu'à ce niveau la percussion donnait un son nettement tympanique. Tous ces phénomènes semblaient indiquer qu'il se préparait une perforation spontanée à travers les parois du ventre. On rejeta toute idée d'intervention chirurgicale supposant que l'on avait affaire à un processus de nature tuberculeuse. Au bout de huit jours, perforation spontanée et évacuation de près d'un quart de litre de liquide purulent. L'ouverture de la perforation fut élargie, le reste du pus,

litre, évacué ; drainage, pansement antiseptique. Bientôt s'abaissa, en même temps que revinrent l'appétit et les de quelques jours il n'existait plus aucune trace de la ma- n fut donc complète.

n nouvel exemple de péritonite chronique primitive qui ux faits analogues rapportés entre autres par Galvagni, lenoch, Leyden, et plus récemment Fiedler et Rossi.

**Gonorrhœ bei einem 5 Jahre alten Kinde ; Peritonitis ; gonorrhée chez une petite fille âgée de 5 ans ; péri-** ar le Dr S. LOVEN. (Hygiea. T. XLVIII, n° 10. — *Jahrb.* T. XXVI. F. 3 et 4).

âgée de 5 ans est prise le 6 mai 1886 de vomissements ur le compte d'une indigestion. A ce moment on vit pour que l'enfant était atteinte d'une vulvo-vaginite très intense m et rougeur de la muqueuse vaginale, sécrétion d'un . en grande abondance, etc. Des lavages fréquents d'abord ède puis avec une solution d'alun diminuèrent l'intensité m.

risson prolongé avec une douleur abdominale très vive ; signes de péritonite.

ticulations des deux épaules devinrent le siège d'une tu- une douleur fort vive comme s'il s'agissait d'un rhuma- ) aigu. A ce moment l'auteur eut la pensée qu'il pouvait isence d'une vulvo-vaginite de nature gonorrhéique, avec cutive par continuité et rhumatisme blennorrhagique. La èvoir prendre une marche bénigne, les douleurs articu- blement diminuées dès le lendemain.

uméfaction de la face et apparition d'un exanthème d'un tiniforme qui, le 20, avait envahi toute l'étendue du corps, ès le 21 et fut suivi de desquamation à partir du 23. La s rouge au niveau de son tiers antérieur, il n'existait au- s deux genoux devinrent douloureux et la douleur abdo- très vive.

une amélioration passagère, douleurs abdominales très orisme, fièvre élevée. De l'orifice vaginal il s'écoulait une nte de pus épais, jaune, présentant tous les caractères du orrhagie ; il contenait des gonocoques.

## REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

, toujours très élevée, vomissements continus, phénomènes fin mort.

on constata les lésions suivantes : Péritonite généralisée, d'un certain nombre d'anses intestinales, exsudat épais, naître dans le péritoine, avec plusieurs foyers purulents

. petit bassin étaient tapissées d'un pus épais, jaunâtre, appartenant à celui qu'on trouva dans le vagin. La muqueuse vénéfiée, d'un rouge sombre, vivement injectée ; mêmes caractères de la muqueuse intra-utérine ; les deux ligaments larges ; dans les deux trompes il y avait du pus en abondance ; ces trompes étaient également enflammées, celui de gauche était le siège d'une suppuration intense. Inflammation parenchymateuse de la matrice.

on n'a pas pu découvrir la cause de cette vulvo-vaginite ; il a pu être constaté seulement que son début remontait à plusieurs semaines. Le processus aurait été la suivante : Consécutivement à la leucorrhée, endométrite, puis salpingite et oophorite avec suppuration et péritonite.

G. BOEHLER.

---

**Prophylaxis, and an Investigation into the Nature of the Scarlet Fever (Méthode prophylactique et recherche sur l'origine de la fièvre scarlatine), par les Drs ALLAN ALEX. EDINGTON, dans le *Brit. Med. Journ.* du**

l'auteur s'est efforcé de prouver qu'il était possible d'empêcher la propagation de la fièvre scarlatine du membre de la famille affecté aux autres membres de la famille.

Les causes de la propagation sont : les exhalations de la bouche dans le stage primitif et, sans aucun doute, les particules qui se détachent dans le stage ultime.

l'auteur a recommandé une méthode qui consiste dans une désinfection de la gorge par un badigeonnage fréquent avec une solution de glycérine, au premier stage. La désinfection de la peau au moyen de bains chauds administrés tous les soirs, et dans l'application, sur toute la surface du corps, d'un liniment composé de : acide phénique 1 gr. 50, thymol, vasoline et pommade simple, aa, 30 grammes, matin

Théoriquement, le Dr Jamieson croit que le contagé de la fièvre scarlatine, existant dans les écailles épidermiques, au moment de leur chute, lorsqu'elles sont aspirées ou dégluties par les personnes de l'entourage, produit dans leur sang ou dans leurs tissus des changements susceptibles d'engendrer la scarlatine et que ce contagé est très probablement un organisme. Aussi la période de desquamation lui paraît-elle la source principale du danger.

Partant de ces données que le Dr Jamieson a appuyées sur 12 observations (dont les quatre dernières établissent l'importance toute particulière de la desquamation dans le dernier stage de la maladie), Le Dr ALEX. EDINGTON s'est posé les questions suivantes.

1<sup>o</sup> Est-il possible de découvrir, dans les squames, l'organisme à la présence duquel semble due l'affection ?

2<sup>o</sup> Peut-on fixer, d'une manière approximative, la période à laquelle l'organisme infectieux se montre dans les portions d'épiderme desquamé ?

3<sup>o</sup> Les méthodes prophylactiques, décrites plus haut et déjà soumises à l'expérience clinique, sont-elles suffisantes pour détruire l'organisme en question ou au moins pour le stériliser ?

La réponse aux deux premières questions se trouve dans les résultats des expériences de culture et d'inoculation qui ont été faites par le Dr Edington dans le laboratoire de chirurgie de l'Université d'Edimbourg.

Il paraît en résulter avec certitude qu'il a été constamment découvert dans le sang, en remontant jusqu'à une certaine date, et dans les produits de la desquamation, après une certaine date, un organisme qui, lorsqu'on l'inocule à des lapins ou à des veaux, est capable de produire une maladie identique, sous tous les rapports, avec la scarlatine de l'homme.

Dans les efforts qui ont été faits pour résoudre la troisième question, il y a eu quelques modifications à opérer dans la durée des onctions préservatrices. Le bacille de la scarlatine ayant été démontré par les expériences du Dr Edington, très nettement *aérobic*, sa pullulation, dans les couches épidermiques profondes, est secondée d'une façon toute particulière, par la chute des couches superficielles de l'épiderme, laquelle commence à partir du huitième ou du neuvième jour de la maladie, il en résulte que les onctions doivent être continuées très longtemps et que leur action est singulièrement favorisée par l'enveloppement du membre en voie de desquamation dans l'ouate stérilisée, recouverte d'une bande roulée ou d'un bas, s'il s'agit de la jambe.

LES ORGANISMES DE LA SCARLATINE, isolés par le Dr ALEX. EDINGTON, sont :





**Diphtheria circumscripta (Diphthérie circonscrite).** Observation clinique rapportée par le Dr ROBERT W. QUENNEL, dans le *Brit. Med. Journ.* du 20 août 1887.

Une mère a apporté, le 7 juillet dernier, au Dr Robert W. Quennel, un petit garçon qui, d'après elle, était mal à son aise, quoiqu'il ne se plaignît de rien en particulier. En examinant sa gorge, le docteur trouva son amygdale gauche légèrement enflée mais peu congestionnée. A la surface, on voyait une escharre cendrée d'environ le diamètre d'un shelling, profondément enchâssée dans le tissu ambiant. Il y avait aussi une glande hypertrophiée de la grosseur d'un œuf de pigeon à l'angle de la mâchoire. La température, le pouls, l'urine étaient normaux. Le petit malade n'accusait aucun autre phénomène que de la soif.

Le Dr Quennel prescrivit le fer et le chlorate de potasse à l'intérieur, les badigeonnages, de temps en temps, avec la préparation de Beaufoy (au chlorure de sodium) également utilisée en gargarismes. Pendant la première semaine il n'y eut pas de modification dans l'état de la gorge, seulement un peu d'accroissement des glandes hypertrophiées. Le dixième jour l'escharre montra quelque tendance à se détacher en se décollant par ses bords. Elle ne se détacha pourtant que le douzième jour, en laissant dans l'amygdale une cavité d'environ un tiers de pouce de profondeur. L'état du malade a été excellent depuis. Il ne s'est montré aucun symptôme paralytique.

Des cas de ce genre ont été rapportés par le Dr Barret, dans le *Brit. Med. Journ.* du 23 juin dernier. Comme plusieurs de ces derniers ont été accompagnés de paralysie, la nature diphthérique de l'affection ne peut être mise en doute.

---

**On the Ultimate Results of the mechanical Treatment of Hip-joint disease (Des résultats ultimes du traitement mécanique de l'affection articulaire coxo-fémorale).** Analyse des 51 cas qui se sont présentés dans le dispensaire et l'hôpital orthopédiques de New-York, par le Dr NEWTON M. SHAFFER (de New-York) et le Dr ROBERT W. LOVETT (de Boston), dans le *New-York Med. Journ.* du 21 mai 1887.

L'attention de la profession médicale a été absorbée, en grande partie, pendant ces dernières années, par le traitement opératoire de l'affection articulaire coxo-fémorale, et les résultats obtenus par la résection de la tête fémorale ont été l'objet de la discussion la plus étendue. Pendant ce temps les méthodes conservatrices de traitement, applicables à cette affection n'ont peut-être pas attiré toute l'attention qu'elles méritent.

Il a paru intéressant aux auteurs du travail d'analyser consciencieusement les cas du dispensaire de New-York dans lesquels le traitement *mécanique* a été appliqué à l'exclusion de tout autre.

De 1877 à 1882, 778 malades, atteints de l'affection susnommée, ont été traités au dispensaire, c'est-à-dire qu'ils y ont été pourvus d'appareils convenables dont les réparations ont été faites à ce même dispensaire et que des instructions convenables, pour les traiter, ont été données à leurs proches. Pendant ces cinq années, 168, c'est-à-dire 21.59 pour cent) de ces malades ont été déclarés guéris et 50 (6.4 pour cent) sont morts d'affections dépendant de leur affection articulaire ou associées avec elle. Les causes de la mort sont : la méningite tuberculeuse (20), le rein amyloïde (5), la phthisie (3), la cachexie (3), la péritonite tuberculeuse, la septicémie, l'éclampsie (de chacune 1); causes inconnues (16). Les morts qui ont été le résultat des maladies aiguës ordinaires de l'enfance n'ont pas été comptées.

Voici le mode habituel du traitement :

Dans chaque cas, une longue attelle à traction de Taylor est appliquée et l'on enseigne à l'entourage du petit malade la manière de s'en servir. S'il est absolument nécessaire que ce dernier reste couché, il est visité à domicile par le chirurgien du dispensaire chargé de cette mission mais, toutes les fois que cela est possible, on lui laisse prendre en plein air tout l'exercice qu'il veut. Il doit venir au dispensaire toutes les semaines pour se montrer et pour la régularisation de son appareil. Au besoin on le garde au lit pour un mois, dans les salles de l'hôpital mais il est replacé dans le service du dispensaire aussitôt qu'il peut marcher.

Il y a très peu d'opérations pratiquées : de temps en temps l'ouverture d'un abcès avec les précautions antiseptiques usuelles, et encore les auteurs ont-ils remarqué que les abcès froids qui s'ouvrent d'eux-mêmes ne s'en comportent que mieux et que ceux qui, après incision, sont soumis à un pansement simple guérissent aussi bien sans antiseptie.

Il y a donc peu de médication mais une surveillance des plus rigoureuses. Si les malades manquent de se présenter au temps prescrit, ils sont visités chez eux, par un nombreux état-major de chirurgiens zélés.

L'histoire de 51 seulement des malades, qui ont été traités de 1875 à 1882, a pu être suivie dans des conditions d'exactitude absolue. On comprend que cette investigation, portant sur un personnel sujet au déplacement, présente de grandes difficultés.

De ces 51 malades, 4 sont morts : 2 de méningite tuberculeuse, l'un 4 mois, l'autre 6 ans après son renvoi. 6 ont eu des rechutes. Les 41

autres malades (sauf 2) ont pu être l'objet de l'examen le plus attentif.

Sur ces 39, 27 ont eu un ou plusieurs abcès et 12 n'en ont pas eu. Mais ces derniers n'en avaient pas moins eu des cas très accentués.

La différence en longueur des deux membres inférieurs, mesurée depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la malléole interne, a varié depuis  $1/2$  pour 4 jusqu'à 2 pouces et  $1/2$  sauf un coxalgique avec luxation de la tête du fémur (6 pouces de raccourcissement) et un autre qui, sans abcès, a eu un raccourcissement de trois pouces.

L'âge exerce une influence sur le raccourcissement. Ainsi 18 cas, guéris avant l'âge de dix ans, ont fourni ensemble un raccourcissement de 25 pouces, tandis que 19 cas, guéris après dix ans, ont donné 38 pouces.

Le raccourcissement de la cuisse a presque toujours paru plus considérable que celui de la jambe. Il constitue ordinairement les  $2/3$  du raccourcissement total mais ce n'est pas là une règle absolue.

La différence de longueur des deux membres inférieurs s'accroît encore dans une certaine mesure après la guérison et ce raccourcissement, qui ne progresse pas indéfiniment paraît dû à la croissance.

La différence en circonférence des deux cuisses a varié de 1 à 3 pouces. Elle ne disparaît pas même quand l'affection articulaire est guérie et n'a pas de rapports nécessaires avec l'étude du raccourcissement.

L'atrophie de la jambe s'est comportée à peu près de la même façon quoiqu'elle semble progresser moins que celle de la cuisse.

Aucun traitement de l'atrophie (électricité, massage) n'a été tenté quoique ce traitement donne quelques résultats dans la pratique de ville.

Dans 19 cas, on a trouvé l'ankylose (six avec un peu de flexion, sept avec une flexion de  $10^\circ$  à  $45^\circ$  et une certaine mobilité dans d'autres directions, 3 avec mobilité et flexion à angle droit non sans rotation et abduction.

*Dans trois cas on a trouvé l'articulation parfaitement mobile dans toutes les directions.*

Il est très intéressant de constater que la présence ou l'absence des abcès n'a eu que très peu d'influence sur le degré de mobilité recouvré après la guérison finale de l'articulation.

Le degré de mobilité que l'on trouve en retirant l'appareil peut diminuer dans le cours des années mais il peut aussi se développer de manière à atteindre la mobilité absolue.

L'ankylose à un certain degré étant un résultat à peu près inévitable, il faut disposer le membre de manière à le rendre le plus utile possible.

L'*adduction* est encore plus à redouter que la *flexio* qu'elle a une tendance à se montrer, alors que toute inflexion est écartée et que le membre est sorti de l'appareil.

Un *pied-bot* non déformant et même un certain de peut résulter d'un raccourcissement considérable de la jambe de la cuisse.

Une scoliose vraie, avec torsion, se présente très rarement produite par l'inégalité des deux membres inférieurs.

La comparaison des résultats rapportés ci-dessus, avec la section de la tête fémorale qu'on a publiés, a conduit le chirurgien à conclure que la méthode conservatrice, c'est-à-dire le traitement de la coxalgie, donne plus de succès que la méthode de la sauterie consécutive aux opérations étant considérable.

---

**Intubation of the larynx (De l'intubation du larynx),** NAUGHTON, dans le *New York Med. Journ.* du 4 juin

On entend par intubation du larynx l'introduction, à l'aide d'un tube qui reste exclusivement dans le larynx et peut se fermer dans l'acte de la déglutition.

A l'exception de Bouchut, toutes les expériences faites jusqu'au moyen de longs tubes dont une extrémité plongeait tandis que l'autre sortait par la bouche ou le nez.

En janvier 1880, le Dr Joseph O'Dwyer, de New-York, a perfectionné la méthode qui porte son nom et qu'il a perfectionnée pendant avant de la soumettre à l'approbation de ses confrères.

On se sert pour cette opération d'une série de tubes au mesurant d'un pouce et demi à deux pouces et demi en tubes sont en métal plaqué d'or. Chacun d'eux porte un pareil, un baillon, un extracteur et est marqué d'une échelle aux divers âges. Les extrémités supérieures des tubes sont destinées pour éviter une compression gênante contre la base du larynx.

Les indications de l'intubation sont les mêmes que celle de la trachéotomie.

Les dangers de l'intubation sont les suivants :

- 1° Porter son doigt trop profondément dans le larynx.
- 2° Crever avec le tube un des ventricules du larynx ce qui entraîne d'ailleurs un développement injustifiable de forces.
- 3° Refouler une fausse membrane avec le tube, ce qui peut arriver au moment d'une seconde introduction.

4° Faire pénétrer le tube dans l'œsophage, ce qu'on reconnaît à la disparition du ruban qui est toujours attaché au tube au commencement de l'opération.

5° Quand il y a peu ou point de toux, le diamètre intérieur du tube peut être diminué par l'accumulation des mucosités et le tube rejeté dans un effort de toux. Il faut alors le nettoyer et le réintroduire.

En somme, c'est une opération qui demande de l'adresse et de l'habitude.

Le premier qui ait fait à New-York l'opération d'O'Dwyer est le Dr Fuller.

Les inconvénients du tubage sont : la difficulté d'introduire le tube, la difficulté qu'ont les malades d'avaler pendant qu'ils ont le tube dans le larynx, la possibilité d'une occlusion du tube par les morceaux de fausse membrane qu'il détache.

Les avantages sont : la facilité plus grande qu'on a d'obtenir l'adhésion de l'entourage pour une opération non sanglante, la promptitude de l'opération qui peut être pratiquée en quelques secondes par une main habile.

De plus on peut encore porter au crédit du tubage le fait qu'on n'a pas besoin du concours d'une garde-malade très capable comme pour la trachéotomie, — qu'il met l'opérateur beaucoup moins en danger, — que l'air entrant par sa voie naturelle est plus chaud et n'irrite pas la muqueuse de l'arbre respiratoire, — que le malade peut parler à voix basse et réclamer ce qu'il lui faut, — que la toux, après le tubage a un pouvoir expulsif plus grand qu'après la trachéotomie.

Enfin le tubage, en cas d'insuccès, n'empêche pas d'avoir recours à la trachéotomie.

Le Dr Waxham, de Chicago, a constaté dans le *Medical Record* du 4 septembre qu'il y a eu 58 guérisons sur 306 cas de trachéotomie pratiquée à Chicago (1,895 pour cent), tandis que le tubage a donné 23 guérisons sur 83 opérations (27.71 pour cent).

La partie la plus difficile de l'opération est encore l'extraction du tube. Il y a un moyen qui consiste à retourner l'enfant sur le ventre en pressant le larynx à l'extérieur, mais ce procédé ne présente pas toute la sécurité possible.

---

#### Traitement de la diarrhée infantile, par le Dr CADET DE GASSICOURT.

Etant donnée la susceptibilité extrême du tube digestif chez l'enfant la

règle la plus importante est de surveiller de près son tout s'il s'agit des nourrissons.

Il faut exiger l'allaitement au sein de ces derniers douze à seize et même dix-huit mois, s'il est possible.

Si l'on est obligé absolument de se servir de lait de vache, la plus grande propreté des vases qui contiennent du lait et même, si cela est possible, pour éviter les contagions, deux traites par jour.

Si malgré toutes les précautions, la diarrhée se déclare, avoir recours à la diète.

Dans les diarrhées légères on se contentera de diminuer les tétées ou des bols de lait et de les faire descendre de tiers: on y ajoutera de l'eau de chaux ou de Vichy et, à chaque tétée, soit mêlée au lait, dans la proportion de 1 à 3.

Dans les diarrhées graves on supprimera complètement le lait et le remplacera par le bouillon de bœuf ou de poulet. Au bout de quelques jours, un lait de poule sera donné en 24 heures.

Il est presque toujours utile au début de débarrasser l'intestin par un purgatif.

Dans les diarrhées légères ce sera l'huile de foie de morue ou le bicarbonate de soude (50 cent. à 1 gr. 50), avec du sucre blanc (de 1 à 3 gr.) selon l'âge, dans un peu d'eau.

Dans les cas plus graves, le Dr Cadet de Gassicourt (10 à 15 centig.) mais jamais plusieurs jours de suite.

Lorsque les selles sont muco-sanguinolentes et ténues, il prescrit d'après Hénoc, une infusion de camphre dans 60 grammes d'eau, par cuillerées à café.

Si les selles continuent à être liquides, il y a lieu de recourir aux opiacés ou aux astringents.

Le Dr Cadet de Gassicourt donne, dans une petite fiole, une goutte de laudanum de Sydenham ou cinchona parégorique. Les préparations opiacées réussissent mieux que les lavements qui ne sont pas toujours gardés.

Dans les cas de diarrhée moyenne, d'entérite simple, soit sous forme de lavement, à la dose de 1 à 2 litres par jour soit sous la forme d'une potion ainsi formulée :

Julep gommeux 60 grammes.

Extrait de ratanhia de 0,50 à 1 gramme

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Quand la diarrhée s'accompagne de vomissements la *potion de Rivière* rend quelques services. On administre d'heure en heure 1 cuillerée à café de la bouteille n° 1, suivie immédiatement d'une cuillerée à café de la bouteille n° 2. Les *boissons froides* ou la *glace*, donnée par petits fragments de demi-heure en demi-heure, sont préférables.

Les moyens ci-dessus s'adressent plutôt aux gastro-entérites simples qu'aux diarrhées infectieuses.

Pour répondre à l'indication microbienne, on a recommandé la *créosote* (2 gouttes dans une potion de 90 grammes d'eau de cannelle et 10 grammes de sirop de rhum), l'*acide phénique* (3 à 10 centigrammes par jour en potion), le *benzoate de soude* (5 grammes en potion), la *résorcine* (10 à 40 centigrammes par jour dans une potion tonique).

Dernièrement le Dr Comby proposait les formules suivantes :

Naphtaline.....	0 gr. 50
Cognac.....	10 —
Sirop de guimauve.....	50 —

Par cuillerées à café dans les 24 heures.

Ou bien :

Sucre en poudre....	10 gr.
Naphtaline.....	1 —
Iodoforme.....	0 gr. 50
Essence de bergamote.....	deux gouttes.

F. S. A. 20 paquets, un toutes les heures, dans une cuillerée à café.

Le Dr Cadet de Gassicourt n'a pas encore expérimenté ces formules et, à l'exemple d'Hénoch, s'est toujours bien trouvé de la formule suivante :

Eau sucrée une cuillerée à soupe.

Laudanum de Sydenham demi-goutte à deux gouttes.

Acide chlorhydrique dilué, deux gouttes.

A donner en une fois ; répéter cette dose plusieurs fois par jour, suivant les indications.

Il se propose d'appliquer, à la première occasion, le traitement préconisé par le professeur Hayem, l'*acide lactique*, sous forme de solution au 2/100, à la dose d'une cuillerée à café, donnée à l'enfant un quart d'heure après la tétée, 5 à 8 fois dans les 24 heures, soit de 40 à 60 centigr. d'acide lactique *pro die*.



A l'exemple de Rilliet et Barthez il s'est quelquefois bien trouvé d'administrer le *nitrate d'argent*, à la dose de 1 à 3 centigr. dissous dans 60 gr. d'eau distillée (une cuillerée à café toutes les heures jusqu'à cessation des symptômes graves) et en lavements à la dose de 5 à 10 centigr. dans 100 gr. d'eau distillée. Il préfère néanmoins les lavements opiacés (1 à 5 gouttes de laudanum dans 100 gr. d'eau) et surtout la potion d'Hénoch (comme dessus).

En cas de persistance de la diarrhée, il s'est bien trouvé des *lavements d'ipécacuanha* proposés par le Dr Chouppe :

Décoction de 5 gr. de racine d'ipéca concassée dans 100 gr. d'eau. Faire bouillir jusqu'à réduction à 50 gr.

Seconde décoction des mêmes racines, également réduite à 50 gr.

Le *collapsus* est combattu par l'*alcool*, les *injections sous-cutanées d'éther*, les *bains chauds ou sinapisés*.

L'*alcool* est donné sous forme d'eau-de-vie, de rhum, de liqueurs, de vin. Souvent on donne l'élixir de Garus, l'hydrolat de cannelle ou de gingembre, la liqueur d'Hoffmann. Le Dr Cadet de Gassicourt préfère à ces préparations l'eau-de-vie à la dose de 8, 10, 15, 20 gr. même, par 24 heures, suivant l'âge de l'enfant et la gravité de la situation (pas plus de 12 à 15 gr. avant 1 an), par demi-cuillerée à café répartie dans les boissons de l'enfant (lait, eau sucrée glacée, eau albumineuse), de manière que la quantité entière soit donnée dans les 24 heures. Les vins (Xérès, Porto, Malaga, Marsala, Banyuls), sont donnés par cuillerées à café, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la gravité du cas.

Il n'a pas hésité à introduire sous la peau un et même deux gr. d'*éther* pur par demi-seringue de Pravaz répétées deux, trois et même quatre fois dans les 24 heures.

Les *cataplasmes sinapisés*, appliqués sur le ventre, les *sinapismes* aux extrémités et surtout les *bains de moutarde* donnent en certains cas des résultats excellents pour réchauffer et stimuler le petit malade.

Dr PIERRE-J. MERCIER.

---

Le gérant : G. STEINHEIL.

REVUE MENSUELLE  
DES  
MALADIES DE L'ENFANCE

Octobre 1887

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

A RAGE CHEZ LES ENFANTS (1)

Par le Docteur **Auguste Olivier**,  
Académie de médecine, Professeur agrégé à la Faculté de Paris,  
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

---

Le premier trimestre de cette année, à cinq intervalle, deux enfants atteints de rage ont été à l'hôpital des Enfants-Malades, le premier dans ce service, le second dans celui du professeur Grancher.

Je vais vous présenter, dans le premier cas, d'une petite fille de huit ans, élevée par une vieille femme à qui elle avait été confiée par sa cuisinière. Voici son observation; en raison de l'intérêt qu'elle présente, je vous demande la permission de la reproduire avec ses détails, recueillis pour ainsi dire heure par heure. Je tiens à vous remercier et au dévouement de mes élèves, M. Baudouin, interne, et M. Janin et Legrand, externes du service qui ont veillé à la surveillance de la petite malade et ne l'ont pas quittée depuis son admission à l'hôpital.

Le 15 juillet, Marie-Clémentine X... jouait dans une rue avec d'autres

---

Lu au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine à la séance du 8 juillet 1887.

enfants, lorsqu'un chien qu'elle avait taquiné à plusieurs sur elle et la mordit à la main droite. On ne sait pas ce qu'il y a de certain, il est impossible de dire s'il a faim ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'attaqua aucun au groupe dont faisait partie la jeune Clémentine.

La plaie, peu profonde et peu étendue, ne donne lieu qu'à un écoulement de sang. Une cautérisation fut immédiatement faite mais seulement avec de l'ammoniaque. Sept ou huit jours après la cicatrisation était complète et l'enfant pouvait retourner à son jeu.

Jusqu'au 6 avril, elle n'éprouve rien d'anormal. Ce jour-là, vers midi, se plaignant de malaise, de lassitude, et demandant à boire.

Au milieu de la nuit du 6 au 7, elle est prise d'accès de fièvre et refuse toute espèce de boisson.

Dans la journée du 7, les accès d'oppression se répètent et augmentent d'intensité. Le soir, apparaît, parfois, la sensation de constriction à la gorge. Pendant toute la nuit elle est extrêmement agitée ; elle se dresse sur son séant, saut, lit, et, les yeux hagards, se promène quelques instants puis retourne se coucher. Elle n'a pas encore de photophorie, elle exige qu'on maintienne une bougie allumée, tant elle a peur du noir. Un médecin consulté déclare que la petite malade est atteinte d'épilepsie et conseille de la transporter le plus tôt possible dans un hôpital.

Le lendemain matin vers 11 heures, elle est admise à l'hôpital de la rue de Sèvres. On la conduit immédiatement salle Saint-terminais ma visite.

Ce qui frappe d'abord chez cette enfant, c'est l'expressivité de la physionomie, son air étrange. Au moindre bruit elle tressaille, on a lui souffler légèrement sur la figure, elle manifeste une vive répulsion (aérophobie). Les objets brillants produisent le même effet ; on lui présente un miroir, aussitôt elle détourne la tête et veut fuir. Par contre, elle peut regarder sans fatigue apparaître la salle fortement éclairée.

Il n'existe aucun trouble apparent de la motilité ; les réflexes sont parfaitement conservés. La sensibilité générale n'est affectée : on ne constate ni hyperesthésie, ni anesthésie, rien pris depuis quarante-huit heures. Ce qui paraît l'empêcher, se sont des spasmes très fréquents du pharynx ; à intervalle, l'examen de la gorge fait rapidement, et avec précaution, ne révèle rien d'anormal. On n'entend pas

les poumons, ni aucun bruit de souffle au cœur; pas d'accélération ni de ralentissement de la respiration et du pouls.

En ce qui concerne la température, il est impossible de la prendre : l'enfant repousse le thermomètre aussitôt qu'elle l'aperçoit, parce que, dit-elle, on s'est servi de cet instrument pour une de ses sœurs qui a succombé à une fièvre typhoïde.

En examinant la main mordue, on aperçoit une cicatrice ayant 7 millim. de diamètre et siégeant au niveau de la partie moyenne du deuxième espace interosseux. Cette cicatrice, détail à noter, n'est pas douloureuse et ne l'a jamais été.

Vers 3 heures de l'après-midi, la petite malade se plaint de vives démangeaisons aux deux bras; elle se gratte tellement qu'elle se fait saigner et même, par moment, elle se mord les ongles.

A 6 heures, le pouls, qui était resté peu fréquent (60 pulsations), présente des irrégularités, et les mouvements respiratoires s'accélèrent. L'enfant devient très agitée et veut à chaque instant sortir de son lit; elle se plaint de besoins presque incessants d'uriner qui aboutissent seulement à l'émission de quelques gouttes d'une urine claire.

Malgré ces mictions répétées, évidemment spasmodiques, la quantité d'urine rendue depuis le matin ne dépasse pas un demi-verre. Celle-ci est de couleur jaune pâle; par le repos elle se trouble et ne tarde pas à fournir un dépôt sédimenteux blanchâtre qui disparaît sous l'action de la chaleur. Si on continue à chauffer, elle se trouble de nouveau (phosphates). Mais le précipité ainsi formé disparaît à son tour dès qu'on ajoute quelques gouttes d'acide azotique. Cet acide provoque en même temps un abondant dégagement de gaz. Filtrée, puis traitée par la liqueur de Fehling, elle ne présente aucune trace d'albumine ni de sucre. A l'examen microscopique, on reconnaît que le sédiment est formé par des cristaux d'urate de soude; on n'y aperçoit ni mucus, ni globules de sang ou de pus, ni cylindres épithéliaux. La petite malade n'a pas encore de sputation, mais elle accuse constamment une sorte de constriction à la gorge. Il ne paraît pas y avoir encore de trouble de la sensibilité générale. La pupille droite paraît un peu plus dilatée que la gauche.

A 6 heures, on injecte sous la peau 2 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine; une demi-heure après, la transpiration se manifeste assez abondante d'abord à la face, puis à la tête et au cou. Malheureusement, cette médication n'a exercé aucune influence sur la marche de la maladie.

A 7 heures et demie, la photophobie devient apparente; bien qu'il n'y

ait dans la pièce qu'une veilleuse éclairant fort p  
la trop grande intensité de la lumière et, pour  
crises, on est obligé d'interposer un écran.

Les besoins d'uriner sont toujours les mêmes.

A 9 heures et demie, la malade ne veut plus r  
lante de nuit est obligée de la tenir assise sur ces  
s'il n'y a pas encore d'hyperesthésie cutanée,  
thésie sensorielle a notablement augmenté. Aux  
tionnés, il s'en est ajouté un autre : si on fait c  
peu haut, l'enfant est prise de violents spasme  
(hyperacousie). En outre, elle se plaint d'avoir tr  
sa peau est froide. C'est avec une grande peine  
loppée dans une couverture.

Depuis le début des accidents, il a été impossi  
ni boisson, ni aliment, ni aucun médicament. Ajo  
toussé, mais que le pouls est devenu plus fréq  
mittent (100 pulsations par minute).

A 10 heures 20 minutes, apparition d'un ho  
spasmes pharyngés et laryngés sont presque inc  
instant, la petite malade porte-t-elle la main  
modérer les contractions musculaires.

Après quelques efforts de vomissements la spu  
la salive est peu abondante mais aérée, moussu  
accalmie assez complète qui persiste dix minu  
symptômes se manifestent. L'enfant prétend que  
moins, elle se lève, trébuche et appuie sa tête su  
d'avoir mal aux oreilles, de ne plus entendre, e  
odeurs fétides. C'est une pure hallucination olfact  
d'elle ne perçoit rien de semblable. La respi  
gênée, la parole entrecoupée.

Cet accès, qui dure quelques minutes, se term  
envie d'uriner, mais, malgré de grands efforts,  
quelques gouttes de liquide. Notons aussi qu'il n'  
depuis l'entrée à l'hôpital.

A 11 heures, nouvel accès plus violent et plus  
minutes). La sensibilité générale est manifestem  
les téguments des bras on ne provoque aucune d  
devenue plus abondante et plus facile. L'enfan  
qu'il ne faut pas avoir peur, qu'elle ne crachera

qu'elle a conscience que sa salive peut être dangereuse. Son intelligence, qui paraît altérée au moment des crises, est nette dans leur intervalle. On est parfois étonné de la manière sensée dont elle s'entretient alors avec les personnes qui l'entourent.

A minuit et demi (le 9), troisième accès. Battements du cœur tumultueux, saccadés ; pouls à 108, très irrégulier ; dyspnée intense non accompagnée de râles bronchiques ; crachotements très pénibles ; envies très fréquentes d'uriner. La petite malade divague et est prise d'une frayeur extrême ; elle dit qu'elle va mourir et réclame un cercueil ; elle a des hallucinations de la vue. L'accès se termine, après une durée de vingt à vingt-cinq minutes, par des sueurs profuses et une émission très abondante de salive.

De 1 heure à 3 heures 1/2, période de calme. L'intelligence est redevenue lucide. On offre à l'enfant du lait. Elle promet de faire tous ses efforts pour le boire, mais dès qu'on approche le verre de ses lèvres, elle dit que sa gorge est bouchée.

A 4 heures 1/2, nouvel accès ; délire violent, agitation extrême. Le jour paraissant, on constate la présence de plusieurs petites taches violacées ou noirâtres sur la poitrine. Les yeux sont hagards ; hallucinations de la vue. La malade croit voir des sergents de ville, le commissaire de police, etc.

Vers 5 heures, elle crie tout à coup à la surveillante : *Sauve-toi, je vais te mordre*. Cette dernière lui présente aussitôt un fichu de laine dans lequel elle mord à belles dents. Au bout de quelques secondes, elle rejette le fichu, mord sa camisole et même le bout de ses doigts. A ce moment, et pour la première fois, elle crache sur la surveillante. Un quart d'heure après, on voit tout d'un coup la tête s'infléchir, les poings se fermer et le corps entier se roidir. Emission involontaire d'urine.

A 5 heures 45 minutes. — Dernier accès plus intense encore que les précédents, mais qui ne dure que dix minutes.

La mort a lieu à 6 heures 1/2 au milieu d'un accès d'étouffement.

L'autopsie fut faite le même jour, à 5 heures du soir, en présence de M. Roux, sous-directeur du laboratoire de M. Pasteur. Les lésions constatées furent les suivantes :

Rougeur hypostatique de toutes les parties déclives.

Congestion très intense des méninges cérébrales et spinales.

Épanchement sanguin sous-méningé au niveau du quatrième ventricule.

(L'encéphale et la moelle ont été remis à M. Roux, ainsi que les nerfs du plexus brachial de chaque côté.)

## MALADIE

cé des pou  
ie notable d  
mucosités.  
lèvres ; pas  
ux, petits

diffluent.

a face intér  
anes abdom  
aité inférieu  
te de fer à  
ocule, par  
lbe de Ma  
rs après l'  
ibèrent au b  
uites avec  
la rage.

mments qu  
une des  
es élèves

est un jeur  
du dans son  
i niche apr  
t animal me  
lons. Une l  
once que j

siégeaient  
ieure, au  
n'est qu'au  
alcali.

présente  
nédiatemen  
se plaint d  
ue des bois  
renferment  
les spasme

refuse de boire. Le 17 il est conduit à l'hôpital des Enfants-Malades et placé dans le service de M. Grancher.

Outre les symptômes indiqués, il présente une agitation extrême, du délire et des hallucinations de la vue; les pupilles sont dilatées, il n'existe ni paralysie ni affaiblissement musculaire. Un lavement de chloral administré dans le cours de la journée produit un soulagement momentané.

Le crachotement est presque continu et, à plusieurs reprises, on aperçoit aux lèvres une écume sanguinolente. Il n'y avait pas de plaie dans la bouche.

Les urines deviennent rares, et la mort a lieu le lendemain, 18, à 8 heures du matin, au milieu d'un accès d'étouffement.

*Autopsie.* — La moelle épinière est ramollie dans sa portion cervicale; elle fait hernie aussitôt qu'on pratique une incision des méninges, la portion lombaire est ferme.

Dans le thorax, on ne trouve que des adhérences complètes des deux poumons avec congestion hypostatique de leurs bases.

La paroi abdominale présente quelques ecchymoses; l'estomac renferme des grumeaux de sang noir coagulé.

Le 19, M. Roux inocule par trépanation plusieurs lapins avec le bulbe de Hayden; tous deviennent enragés au bout de 18 jours. Cette période d'incubation est bien celle qu'on observe à la suite de l'inoculation du virus de la rage ordinaire, dite *rage des rues*. La rage due au virus de *passage élevé*, c'est-à-dire au virus qui a été inoculé successivement à un grand nombre de lapins, se déclare au contraire, comme l'a montré M. Pasteur, beaucoup plus tôt, en moyenne le septième jour.

II. — A première vue, ces deux faits ne paraissent présenter rien de bien saillant. Ce sont deux cas de rage, comme on en trouve malheureusement trop dans la littérature professionnelle; leur aspect et leur évolution sont conformes au tableau magistral et justement classique chez nous, donné par M. Brouardel dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. En les analysant un peu minutieusement, on y trouve pourtant quelques points qui ne sont pas dénués d'intérêt et méritent, sinon une étude, au moins une mention particulière. En effet, on a peu ou point décrit :



## REVUE DES MALADIES DE L

les spasmes vésicaux, causant d  
er ;

les hémorrhagies de l'estomac et  
des téguments ;

le prurit cutané.

Comme on l'a vu, les spasmes de la  
symptôme persistant et extrêmem  
ère observation ; il est probable  
même présentant un certain rappo  
tation génésique observés souve  
s chez l'homme dans le cours de l  
es rattacher à l'irritation des p  
lesquelles les physiologistes or  
et vésico-spinal (1).

On a mentionné rarement des vomis  
qui sont notés dans notre second  
sez marquée pour qu'on trouvât  
sieurs dans l'estomac. Dans un ca  
connu et souvent cité (2), remon  
nent des vomissements sangl  
maleia (3) en a rapporté un autre  
i d'hémorrhagies tardives, dues à  
sissement, mais d'hématémèses spo  
ur l'écume sanguinolente des lè  
d malade. Il est difficile de dire d'où

---

les spasmes de la vessie ressemblaient, ju  
r'on a observés dans l'empoisonnement p  
lieu parfois à une « sorte de délire hydrop  
re, un son de voix, provoquent d'horribles  
a pupille est dilatée, l'œil hagard et brill  
» TARDIEU (A.). *Etude médico-légale et*  
Paris, 1875, 2<sup>e</sup> édit. p. 1217.

*Histoires et Mémoires de la Société royale*

MALEIA (N.). Sur les lésions rabiques : *A*  
87, t. I, p. 165.

ans le *Rapport général sur les travaux du*

Ces hémorrhagies de la muqueuse gastrique ressemblent singulièrement à celles qu'on observe dans l'hystérie (1). On peut en dire autant des ecchymoses cutanées qui rappellent celles que Van Swieten a signalées le premier à la suite des attaques de haut mal.

Quant au prurit étendu, ne correspondant point à la cicatrice de la morsure, il n'a pas été signalé, que je sache, dans l'espèce humaine; il paraît, au contraire, assez commun chez le chien. « Une forme qu'il est pénible d'observer, à cause des souffrances que paraît endurer le patient, dit M. Roux (2), est celle qui se traduit par des démangeaisons terribles. On voit les chiens se gratter sans cesse, se déchirer avec les dents et, si de la gueule ou des griffes ils ne peuvent atteindre le point où se fait sentir le prurit intolérable, ils se roulent et se frottent à leur cage anxieux et haletants. »

Si j'avais à tirer de ces faits une conclusion relative à la physiologie pathologique de la maladie, je dirais que la diffusion du virus rabique me paraît moins régulière, plus générale qu'on ne le croit communément. Ainsi, outre le cerveau, le bulbe et la moelle, elle peut envahir même les terminaisons des nerfs périphériques.

J'arrive maintenant à un point mieux connu et qui me paraît présenter une certaine importance sous le rapport de l'hygiène, au moins de l'hygiène professionnelle des médecins.

Il y a dix-huit ans, je suppléais M. le docteur Bucquoy, à

---

*et de salubrité du département de la Seine, de 1872 à 1877, p. 161, il est question d'un malade dont la bave filante était teinte par un peu de sang. La mention d'un fait semblable se trouve dans un rapport présenté au Conseil, le 27 août 1885, par M. le docteur LAGNEAU. « Durant le trajet (pour se rendre à l'hôpital), une écume rouge sortait de la bouche du malade. »*

(1) A. OLLIVIER. *De l'hématémèse non cataméniale d'origine hystérique. Etudes de pathologie et de clinique médicales*, 1887, p. 531.

(2) M. ROUX (P.). *Des nouvelles acquisitions sur la rage*, thèse du doct., Paris, 1883, p. 38.

l'hôpital Saint-Antoine. Un soir, on amène dans un jeune homme qui se plaignait de difficulté pour avaler, mais n'avait ni délire, ni hydrophobie, ni hyperthermie. L'interne de garde songea, comme tout le monde songe, à une affection locale; il explora la gorge par les procédés ordinaires et, ne découvrant rien, il introduisit le doigt pour s'assurer s'il n'y avait pas quelque chose de profondément fondé. Le lendemain, l'état s'était modifié et le malade devenait facile; l'interrogation nous permit de reconstituer l'histoire du cas et de savoir dans quelles conditions se produisit la morsure. Je vois toujours la physionomie effarée de l'élève qui avait fait l'examen, lorsqu'il dit porter le diagnostic : *rage confirmée*. Je le rassurai mieux que je pus; je lui affirmai, en appelant à moi la tradition et les auteurs, que la rage humaine n'est pas transmissible à l'homme; la chose arriverait à tout le monde que je procéderais de la même manière, mais j'ai conscience que ma conviction serait plus apparente que réelle.

Pourquoi, en effet, la salive de l'homme ne serait-elle virulente comme celle du chien? On n'a jamais constaté de transmission directe, soit; mais le nombre de morsures de chiens malades n'a pas de tendance à mordre ou, s'il en a, à mordre ceux qui l'entourent. Je crois qu'il faut, jusqu'à plus ample information, admettre que la salive humaine peut être virulente et que, dans le cas de rage ou au début des formes rabiques, il est bon de prendre certaines précautions pour explorer le pharynx (1).

### III. — Il me paraît difficile, aujourd'hui surtout

---

(1) M. Roux dit à propos des formes variées de la rage : « La maladie éclate par des spasmes pharyngés presque continus comme pour rejeter un corps étranger retenu dans la gorge soit par des contractions répétées. La respiration est haletante, les tentatives de déglutition sont désespérées et la mort vient brusquement terminer la scène. » p. 39.

cher la question de la rage sans parler de sa prophylaxie. La prophylaxie scientifique restera certainement comme une des plus merveilleuses conquêtes de la méthode expérimentale au XIX<sup>e</sup> siècle ; mais, malheureusement, nous ne pouvons guère nourrir l'espoir qu'elle suffira pour faire disparaître complètement la maladie, ni même pour réduire à zéro la mortalité. Les procédés thérapeutiques les plus rationnels, les plus sûrs, ne sont pas toujours applicables par suite de circonstances matérielles ou autres, et même, quand ils sont appliqués, ils peuvent avoir des insuccès que l'on constate sans les expliquer. Il faut donc, malgré tout, chercher à prévenir les morsures. L'enfant fournit à la rage un nombre considérable de victimes. Voici ce que nous apprend la statistique à cet égard :

Sur 258 cas de rage relevés dans les *Recueils des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France* (1), on en trouve :

Chez des enfants au-dessous de 5 ans....	22
— de 5 à 15 ans.....	42
Total.....	64

Soit une proportion de  $\frac{64}{258}$ , c'est-à-dire près du quart.

La proportion fournie par des rapports généraux sur les travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine est encore plus élevée. Sur 59 cas de rage constatés de 1881 à 1886 inclusivement (2), il en a été observé :

(1) L'enquête sur les divers cas de rage observés en France a été commencée en 1851. Elle a été faite successivement par Tardieu, Bouley et M. Proust.

(2) Pour cette seconde statistique, je me suis servi du *Rapport* de M. Dujardin-Beaumetz sur les cas de rage humaine qui se sont produits dans le département de la Seine pendant les années 1881, 1882 et 1883. Je dois à l'obligeance de l'Administration la communication des rapports qui ont été lus au Conseil pendant les trois années suivantes.

## Chez des enfants

Soit une proportion de

Les statistiques précéd  
était dans le vrai lorsqu'i  
de morsures correspond :  
prudence, de la faiblesse  
taquinerie. Bien des chie  
raient des enfants auxque  
poussés à bout par des ha  
enfants se livrent d'aut  
naissant pas dans le chier  
habituelle, ils sont déte.  
rage (1) ».

A ces remarques si fon  
son : « Cette si grande pro  
par le nombre plus gran  
atteints par des chiens et  
villages, où ces enfants s  
en groupes pour se livrer

Si la rage est plus fréq  
âge, c'est non seulement  
vient de le voir, s'exposer  
c'est aussi parce que, éta  
ces morsures siégeant s  
sentent une étendue et u  
faits acquis.

Que faut-il donc faire p  
Il y a longtemps que, dai

---

(1) BOULEY (H.). *Recueil s  
publique de France*, 1872, p. 43.

(2) BROUARDEL (P.). *Article  
sciences médicales*, 1874, 3<sup>e</sup> série

cruauté envers les animaux; qu'on essaie d'adoucir des tendances souvent mauvaises par l'éducation et le raisonnement; mais ce que l'on n'obtient pas, ou du moins ce qu'on obtient difficilement, c'est que l'affection même des enfants pour les hôtes inférieurs du logis, ne soit ni trop familière, ni taquine à ses heures; c'est qu'ils résistent à la tentation de traiter un chien errant, d'aspect étrange, comme ils traiteraient à l'occasion un petit bohémien chétif et peu avenant. « Cet âge est sans pitié. » Tout ce qu'on peut faire par la persuasion, on l'a fait, il faut procéder d'une autre manière et recourir aux mesures que fournit la législation existante.

En 1880, on a promulgué en Allemagne une loi générale sur la prophylaxie des maladies épizootiques et, depuis sa mise en vigueur, le Ministre des affaires sanitaires, M. Von Gossler, a déclaré en plein Parlement que le nombre des cas de rage diminuait régulièrement et, qu'au moins dans l'espèce humaine, la maladie disparaîtrait du territoire de l'Empire dans un avenir rapproché de nous (1). Ses données s'appuyaient sur le tableau suivant :

ANNÉES ADMINISTRATIVES du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars	CHIENS ENRAGÉS morts	CHIENS SUSPECTS morts	INDIVIDUS MORDUS morts
1880 — 1881	672	2.400	10
1881 — 1882	532	»	6
1882 — 1883	431	»	4
1883 — 1884	350	»	1
1884 — 1885	352	1.400	0

Ce ne sont pas là des chiffres à dédaigner. Doit-on, pour y arriver, promulguer des lois draconiennes, condamner l'espèce canine à la disparition, comme l'ont dit certains hygiénistes qui ont pris pour base de leur conception une pusillanimité plus inquiétante pour eux-mêmes que pour les chiens? En aucune façon. L'application des lois et règlements de police n'implique pas la cruauté.

## VUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

ii peuple les villes d'Orient d'une multitude de  
ges, exténués, amaigris à l'extrême, errant le  
, *quærentes quem devorent*, cette incurie fata-  
te-t-elle donc l'idéal de la commisération et de  
'ersonne n'oserait le soutenir ; on peut sacrifier  
rants, on devrait même, comme je l'ai dit ail-  
per d'une amende sérieuse ceux qui les aban-  
ropriétaire devrait toujours mettre à son chien  
ant son nom et son adresse conformément aux  
le police. Il serait ainsi facile d'éviter qu'il le  
à l'aventure ; il suffirait de multiplier les  
is les affaires sanitaires, il ne peut être question  
orité ; lorsque le résultat est une diminution  
ribles, on peut dire : la fin justifie les moyens.  
er plus loin, il me paraît bon d'indiquer une  
utôt une série de mesures, qui ne sont nulle-  
adiction avec les ordonnances existantes. Dans  
ar la rage, publié en 1882, M. Dujardin-Beau-  
né une bonne classification des chiens errants.  
pas de maître, les autres appartiennent aux  
, comme ils ont droit de cité dans un quartier,  
oute sécurité dans un rayon souvent étendu.  
ces, la police est facile, on saisit les premiers  
rrasse le plus doucement possible du fardeau  
; on saisit les seconds qu'on traite avec ména-  
rait une mesure déplorable de les détruire.  
ires les remplaceraient et leurs successeurs  
les rues comme eux ; il vaut beaucoup mieux  
duire à domicile par un agent qui dressera

---

*les kystes hydatiques du foie chez l'homme*, communication  
de Médecine, le 21 juin 1887 et *Union médicale*, 1887, p. 73.  
« les mesures qu'il conviendrait de prendre pour empêcher  
pagation de la rage, 1882, p. 6.

: ALEXANDRE (A.). *Rapport sur les maladies contagieuses  
rvées en 1884 dans le département de la Seine*. Paris, 1885,

procès-verbal. Les intéressés eussent été peu touchés par des considérations de statistique générale ou d'humanité, ils le seront beaucoup lorsqu'ils devront payer une amende, même minime.

Mais on ne peut considérer comme chiens errants tous ceux qui parcourent nos rues. Les voituriers, les blanchisseurs, les brasseurs, etc., emmènent avec eux des chiens de garde afin que leur attelage ne change pas de maître pendant les courts instants où ils entrent chez un client. Peut-on mettre en suspicion de pauvres bêtes qui sont, en réalité, d'intelligents auxiliaires de la police ? Personne n'y songera. Malheureusement, ces animaux peuvent être dangereux, ils sont exposés à la rage; les enfants s'en approchent et les taquinent. Ne pourrait-on pas donner aux agents des instructions destinées à éviter cela, leur recommander d'éloigner les enfants des chiens ? Ils ne doivent s'en approcher ni dans un but ni dans un autre ; s'ils résistent, la loi Grammont permet de leur dresser des contraventions. Des instructions données dans les écoles leur serviraient d'avertissement; je suis persuadé qu'il serait parfaitement inutile d'en venir à des mesures de rigueur; le seul aspect d'un agent suffirait pour faire fuir un groupe d'enfants lutinant un chien, s'ils savaient à l'avance qu'ils se mettent en défaut.

J'arrive aux conclusions :

1° La fréquence de la rage dans l'enfance est assez grande pour qu'il soit indispensable de prendre des mesures prophylactiques très sévères ;

2° Parmi ces mesures, les unes touchent à la prévention générale de la maladie. Elles me paraissent toutes se rattacher à l'application rigoureuse du décret du 22 juin 1882 ;

3° Les autres doivent viser plus particulièrement le jeune âge ; elles consistent :

a. En instructions données dans les écoles, par lesquelles on défendra aux enfants, sous peine de répression, de taquiner n'importe quel chien dans la rue ou de jouer avec lui.

b. En instructions recommandant aux agents d'exercer



une surveillance attentive à ces dispositions réglementaires en dresser des procès-verbaux en

4° Il serait nécessaire de porter, à la connaissance du public, indiquant brièvement les raisons

Depuis la lecture de ce rapport dans mon service un troisième fils de 5 ans. Voici son observation nouveau rapport lu au conseil d

Le 9 juillet dernier l'enfant S... Ge en courant l'escalier de son habitation au visage et la mordit au-dessous de l'oreille et de la joue. La plaie était très profonde et sortit que quelques gouttelettes de sang. Le chien et le tua, en le projetant

Inquiet de l'aspect qu'avait cet animal le maire qui lui donna le conseil d'aller consulter un médecin. Une fois l'examen cadavérique fait, un certificat pour conduire l'enfant à l'hôpital

Le corps du chien fut déposé au cimetière et envoyé à Alfort. On ne découvrit, paraît-il, rien de particulier. Les malheureux parents ne montrèrent aucune inquiétude. La plaie ne fut même pas cautérisée.

Il ne survint rien de particulier jusqu'au 11 juillet. Les onze premiers jours qui suivirent, au dire de la mère, l'enfant continua à manger et son sommeil de

Le 31, après avoir joué plusieurs heures, elle rentra chez ses parents les yeux baissés et la lassitude. On la coucha. Pendant son sommeil, elle se réveilla et parla à haute voix de voleurs qui lui avaient volé ses jouets. Les trois jours suivants elle resta à la maison, ne mangeant rien, mais se plaignant d'une soif intense. Elle demanda un peu de vin et de café.

Le 5 août, les phénomènes s'accro-

et tout aliment. On la porte rue d'Ulm, mais M. Roux constatant chez elle tous les signes de la rage (hydrophobie, aérophobie, etc.), renonce à tenter les inoculations et nous l'adresse à l'Hôpital des Enfants-Malades.

A son entrée (vers midi) l'interne de service, M. Gibotteau, constate les symptômes suivants : Le visage exprime l'épouvante, le regard est fixe, les yeux brillants, les pupilles moyennement dilatées ; les narines sont un peu suintantes ; il n'y a pas d'écume à la bouche, pas de sputation.

La petite malade répond couramment aux questions qu'on lui pose. Elle n'a pas peur des assistants, excepté quand ils s'approchent trop près et que leur haleine arrive jusqu'à elle. Quelqu'un lui ayant soufflé au visage, elle se redresse et a un accès de fureur qui dure plusieurs minutes. Sa respiration est suspicieuse, sa voix brève, non saccadée, entrecoupée par les soupirs. Elle accepte de boire de l'eau et du vin, et bien que la vue de la cuillère lui cause une certaine émotion, elle avale à plusieurs reprises le liquide qu'on lui présente. Le pouls est à 120 pulsations régulières. Il n'y a pas de pause respiratoire ni d'accélération momentanées.

L'agitation est si grande que l'on est obligé de fixer la malade dans son lit. Elle se calme cependant un peu sous l'influence d'un lavement de 2 gr. de chloral.

A 5 heures, nouvel accès ; l'enfant parvient à se dégager de ses liens, elle court dans la chambre, et dans un paroxysme de fureur, lance ses bottines à la figure des personnes qui veulent la contenir.

A 6 heures, crise encore plus violente. Après bien des efforts on parvient à la calmer et à lui faire avaler, en un assez court espace de temps, 4 gr. de chloral. A plusieurs reprises elle demande le bassin, mais ne rend aucune urine. Il est impossible de prendre sa température car la vue du thermomètre l'impressionne trop péniblement.

A 7 heures, elle finit par s'endormir sous l'influence du chloral dont elle avait absorbé déjà près de 6 gr. mais son sommeil est très agité. Deux heures après, elle est reprise d'une crise d'excitation extrêmement violente qui se prolonge jusqu'à 11 heures. Elle demande de nouveau le bassin et cette fois rend un peu d'urine ; malheureusement cette urine fut jetée par l'inadvertance d'une infirmière. A ce moment elle présente aux lèvres de l'écume sanguinolente. En outre, on constate qu'elle est comme clouée sur son lit, tressaillant de temps en temps, mais incapable de se soulever.

Vers 1 heure du matin, elle pousse deux ou trois cris comparables à des aboiements, essaye de se dresser, puis retombe inerte. Elle était morte.

L'autopsie est faite 10 heures après la mort. Rigidité cadavérique très prononcée.

Injection intense des méninges et de la substance cérébrale (écorce et noyau).

La moelle est congestionnée mais ne présente aucune trace de ramollissement. Le bulbe est remis à M. Charrin pour être inoculé à l'Institut Pasteur.

Le cœur est contracté ; il existe cependant dans les deux ventricules, surtout le droit, une certaine quantité de sang liquide, noir et poisseux.

Congestion très prononcée du poumon, du foie, de la rate et des reins. Rien de particulier dans l'estomac et l'intestin.

Je n'insisterai pas sur les détails pathologiques de ce fait, il ressemble à ceux que j'ai déjà rapportés. Toutefois, notons que les spasmes du pharynx furent moins accusés qu'ils ne le sont souvent. Il est bon d'attirer aussi l'attention sur les spasmes vésicaux amenant des besoins fréquents d'uriner, sur la présence d'une écume sanguinolente aux lèvres, enfin sur l'apparition dans les derniers instants de phénomènes paralytiques.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LES ENFANTS

Extrait d'une leçon professée par M. le Dr **Jules Simon** à l'hôpital des Enfants-Malades.

---

### SOMMAIRE DES DEUX OBSERVATIONS PUBLIÉES PLUS LOIN

- 1<sup>o</sup> Fillette de 11 ans 1/2. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Début brusque. Entrée à l'hôpital le 23 juillet 1886. Mort le 4 mai 1887. 70 à 80 grammes de sucre tout ce temps. Autopsie négative.
- 2<sup>o</sup> Garçon de 13 ans, studieux. *Surmenage*. Rien dans les ascendants. Chute sur l'occiput en février 1887. Céphalée en mars. Soif vive en plus, en avril. 37 gram. 80 de sucre par litre le 28 avril.

Messieurs,

Je profite d'une occasion qui m'est offerte pour vous parler du *diabète sucré chez les enfants*, affection aussi grave

qu'elle est rare à cet âge et dont l'existence, sans avoir jamais été précisément contestée par les auteurs les plus compétents, a été fréquemment mentionnée très brièvement par eux ou même passée sous silence. Signalée seulement comme une rareté par Bouchut, elle a trouvé une petite place dans les traités du diabète en général de Bouchardat et de Lécorché, mais son histoire n'a été véritablement inaugurée que par les remarquables thèses de Redon, en 1877, et de Henri Leroux (1880). Depuis lors, elle a été bien décrite dans les manuels de Picot et d'Espine, de Descroizilles. Il y a lieu aussi de tenir compte des observations publiées à l'étranger dans les traités de West, de Vogel, dans la thèse de Niedergesass, dans la monographie de Külz (insérée dans le Manuel de Gerhardt). On peut donc considérer maintenant la pathologie du diabète infantile comme ébauchée, mais l'observation clinique, à laquelle j'ai l'habitude de donner le pas sur la pathologie dans ces conférences, est loin d'avoir dit le dernier mot par rapport au sujet qui nous occupe.

J'ai, pour ma part, publié, en 1885, quatre observations relatives au diabète sucré chez les enfants (1). Je vais en reproduire deux autres très récentes, empruntées l'une à ma pratique hospitalière, l'autre à ma pratique de ville. La première est d'autant plus intéressante que les faits auxquels elle s'applique se sont passés sous les yeux de la plupart d'entre vous, pendant près de dix mois (de juillet 1886 à mai 1887). Je suis certain que la petite malade dont je vais vous parler a attiré l'attention de tous ceux qui l'ont vue, autant par l'importance et la ténacité de sa glycosurie que par le bel aspect de l'enfant, en apparence inconciliable avec son état, et remplacé brusquement à la fin, après un peu d'amaigrissement, par des accidents mortels. La seconde, quoique incomplète, se rattache aux cas graves par le taux élevé de la glycosurie.

---

(1) In *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*. Note sur le diabète sucré chez les enfants, 1885, p. 478.

OBSERVATION 1. — Marie, âgée de 11 ans 1886, hôpital des Enfants-Malades, salle Ste-T

*Antécédents.* — Pas de maladies d'enfance de traumatismes, etc... Pas d'hérédité ; quatre bien portants ; deux autres enfants sont morts de bronchite.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, douleurs dans le ventre qui devint ballonné, digéré, particularité d'autant plus frappante qu'elle était plutôt diminuée, presque nulle.

*Etat de la malade le 23.* — Appétit excellent (3 à 4 litres par jour). Douleur au niveau de la Gencives saines. Haleine sans odeur. Apyrexie au cœur. Examen des urines par la liqueur Fehling : considérable de glycose qui sera dosé plus tard. Le 24. Analyse quantitative de l'urine par litre.

*Traitement.* — On supprimera le pain et l'enfant avec des viandes fortes. Café noir sans sucre.

A partir du 25 juillet examen des urines journalier.

DATE	QUANTITÉ	DENSITÉ
25 juillet... ..	5 litres.....	1040
26 — .....	(Diarrhée)	—
27 — .....	4 litres.....	1039
28 — .....	4 litres 1/2.....	1038
29 — .....	5 litres.....	1035
30 — .....	5 litres 1/2.....	1035
31 — .....	5 litres 250.....	1038
1 <sup>er</sup> août.....	5 litres 700.....	1036,5 1

L'enfant boit environ 4 litres par jour. Elle mange 4 fois par jour, 250 grammes de pain de gluten, soupes aux pâtes, au vermicelle, au pain de gluten. Température de l'aisselle 36°,7 à 36°,7.

DATE	QUANTITÉ	DENSITÉ	RÉACTIF
2 août.....	5 litres 200.....	1037	lég <sup>er</sup> ac
3 — .....	5 litres 250.....	id.	id.
4 — .....	5 litres 250.....	—	—
5 — .....	5 litres 500.....	—	—

DATE	QUANTITÉ	DENSITÉ	RÉACTION	URÉE	SUCRE
6 août.....	5 litres 200.....	—	—	—	—
7 — .....	6 litres.....	—	—	—	—
8 — .....	5 litres 700.....	1034	lég' acide.	5 gr. 32	69 gr. 3
9 — .....	6 litres.....	—	—	—	—
10 — .....	7 litres 125.....	L'enfant pèse 46 livres.			
11 — .....	7 litres.....	1035	lég' acide.	5 gr. 42	74 gr.
12 — .....	7 litres 120.....	—	—	—	—
13 — .....	—	—	—	—	—
14 — .....	7 litres.....	—	—	—	—
15 — .....	7 litres 125.....	—	—	—	—
16 — .....	6 litres 500.....	1041	lég' acide.	5 gr. 67	83 gr. 33
17 — .....	6 litres 500.....	—	—	—	—
23 — .....	6 litres 500.....	—	—	—	—
24 — .....	7 litres 200.....	1040	lég' acide.	5 gr. 45	71 gr. 42
25 — .....	6 à 7 litres....	—	—	—	—
26 — .....	L'enfant a eu de la diarrhée. L'urine n'a pas été recueillie.				
27 — .....	6 litres.....	—	—	—	—
28 août.....	5 litres .....	—	—	—	—
29 — .....	5 litres 800 ....	—	—	—	—
30 — .....	3 litres .....	—	—	—	—
1 <sup>er</sup> septembre...	4 litres .....	1046	lég' acide.	8 gr. 68	83 gr. 33
2 — .....	4 litres.....	—	—	—	—
3 — .....	4 litres 200 ....	—	—	—	—
4 — .....	4 litres .....	—	—	—	—
5 — .....	3 litres 900 ....	—	—	—	—
6 — .....	4 litres .....	—	—	—	—
7 — .....	5 litres .....	1035	acide.	5 gr. 44	80 gr.
8 — .....	5 litres .....	(Absence totale du réflexe rotulien.)			
9 — .....	5 litres 1/2 ....	Température axillaire 36°,9.			
10 — .....	5 litres .....	(L'enfant étant dégoûtée de son pain de gluten prendra, à la place de pain, des pommes de terre cuites à l'eau.)			
11 — .....	5 litres 1/2.....	—	—	—	—
12 — .....	6 litres .....	—	—	—	—
13 — .....	5 litres 1/2 ....	—	—	—	—
14 — .....	6 litres .....	1032	acide.	37 gr. 26	74 gr.
15 — .....	5 litres 1/2 ....	—	—	—	—
16 — .....	6 litres .....	—	—	—	—
17 — .....	6 litres .....	—	—	—	—
18 — .....	4 litres 750 ....	—	—	—	—
19 — .....	6 litres .....	—	—	—	—
20 — .....	6 litres .....	—	—	—	—

DATE	QUANTITÉ	DENSITÉ	RÉACTION	URÉE
21 septembre...	5 litres .....	—	—	—
22 — .....	5 litres .....	—	—	—
23 — .....	5 litres 1/2 ....	1010	—	—
				par j
24 — .... ..	5 litres 1/2 ....	—	—	—
25 — .....	6 litres .....	—	—	—
26 — ... ..	5 litres 300 ....	—	—	—
27 — .....	5 litres 1/2 ....	1042	acide.	3 gr. 80
28 — .....	5 litres .....	—	—	—
29 — .....	4 litres 500 ....	—	—	—
30 septembre...}	5 litres.....	—	—	—
1, 2, 3, 4 oct. ...}				
5 — .....	5 litres.....	1040	acide.	33 gr. 4 19 gr. 2 (total)
Du 5 au 27 octobre la quantité d'urine a varié de 4 litres 1				
12 — .....	5 litres .....	1038	acide.	3 gr. 84
17 — .....	5 litres 1/2 ....	1036.5	lég <sup>a</sup> acide.	3 gr. 60
24 — .....	5 litres .....	1030	peu acide.	3 gr. 75
Du 25 au 30 la quantité d'urine a été de 5 litres.				
30 octobre.....	5 litres .....	1037	lég <sup>a</sup> acide.	3 gr. 80
8 novembre... ..	4 litres 1/2 ....	1040	—	—
15 — .....	5 litres .....	1039	—	—
23 — .....	5 litres .....	1041	—	—

3 février 1887. L'examen des urines, fait régulièrement en pharmacie, a donné toujours les mêmes résultats, depuis novembre 1886, à savoir : 70 à 80 gr. de sucre par litre, l'urine de 4 à 5 litres d'urine par jour. L'enfant présente un peu de sucre. Rien de particulier d'ailleurs.

7 mars..... 6 litres..... — — — {

Avril et mai. Le sucre a toujours oscillé dans les environs de 75 gr. La densité a varié de 1035 à 1040. La quantité d'urine a été de 5 à 6 litres. Jamais d'albumine. Réaction toujours acide.

Dans la nuit du 3 au 4 mai, l'enfant s'est levée, a bu un verre d'eau, a mangé le pain et le beurre qu'elle a pu trouver.

Le lendemain, point de côté, en avant et à droite de la poitrine. Dyspnée excessive ; altération considérable des traits, pouls petit et filiforme, refroidissement des extrémités. Température 36,5. Râles sous-crépitaux et crépitaux, surtout en arrière à droite et à la partie inférieure.

Depuis ce moment somnolence, soif vive et, le soir à 5 heures, coma, vomissements noirs et mort.

*Autopsie* le lendemain. Foie, rate, cerveau, cervelet, bulbe, cœur normaux.

Poumons congestionnés.

Rien par ailleurs.

Le bulbe, macéré dans l'alcool, ne présente rien d'anormal à l'œil nu.

L'examen histologique du cerveau, fait très minutieusement, a été absolument négatif.

OBS. II. — H...., garçon, âgé de 13 ans, habitant Passy.

*Antécédents.* — Rougeole et scarlatine, il y a quelques années. Rien de spécial dans leur allure et leur complication.

Enfant studieux ayant le travail intellectuel pénible mais arrivant à être dans les premiers de sa classe (5<sup>e</sup>) par *surmenage*. Devenu nerveux par suite d'excès de travail.

Père bien portant, rien dans les ascendants. Mère, également bien portante, mais *sœur de la mère, atteinte à l'âge de 10 ans de diabète et morte en peu de mois.*

En février dernier (1887), ce garçon, assis sur un petit chariot roulant sur des roues basses, tombe à la renverse en arrière. L'occiput porte violemment sur le sol, ce qui détermine de l'étourdissement, des vomissements sur le coup ; mais au bout de deux jours, sans avoir eu d'accidents cérébraux, sans paralysies, sans lésions extérieures au crâne, sans perte de sang, par les oreilles ou le nez, l'enfant reprend ses habitudes studieuses et continue à se maintenir dans un bon rang de sa classe ; seulement, il se plaint de maux de tête.

Mars 1887. Cette céphalée, intermittente d'ailleurs, persiste seule tout le mois de mars.

Avril 1887. Outre la céphalée, on constate une soif vive et une émission d'urine abondante. L'appétit reste normal ; constipation. Le 10, on consulte le Dr Bosia, médecin de la famille, qui pose le diagnostic de diabète sucré.

Le 28 avril, on trouve 37 grammes 80 de sucre par litre ; l'émission est de 3 litres d'urine par jour.



DATE	QUANTITÉ	DENSITÉ	RÉACTIO
1 <sup>er</sup> mai.....	3 litres .....	1050	acide
15 — .....	8 litres .....	1044	—
19 — .....	3 litres .....	1041	—
21 — .....	8 litres 1/2 ....	—	—

Pas d'albumine.

Par rapport à l'étiologie, notons qu'au ditaire n'a été constaté dans la première n'a pas non plus été relevé de causes pr sujet. L'hérédité en ligne directe a été é la seconde observation, mais la sœur malade, atteinte de diabète à l'âge de d peu de mois. Comme antécédents pe chez l'enfant une rougeole et une scarla tions, remontant à quelques années, p surmenage intellectuel.

J'attache plus d'importance à la chute l'occiput, arrivée deux mois auparavant

Dans les quatre observations que j'ai ment, dans la *Revue des maladies de* eu à relever de la névropathie des parei profonde et du purpura spontané 6 mo du diabète (observation I, ancienne) (1).

Ce purpura, en quelque sorte symptom diagnostiquer et de constater, par le r l'existence d'un diabète léger chez une dont les parents étaient quelque peu sisme et dont les antécédents personnels très significatifs (diphthérie. trachéotom. voies respiratoires), mais qui présentait, du purpura simplex, des pétéchies pa purpura hémorrhagica et des épistaxis cienne) (2).

---

(1) *Loc. cit.*, p. 480.

(2) *Loc. cit.*, p. 481.

Mon troisième cas ancien, des plus sérieux, avait révélé une hérédité flagrante du côté paternel. Le père de la petite fille, âgée de 6 ans, avait été diabétique lui-même (14 à 20 gr. par litre depuis 7 ans). Il s'était suicidé à l'occasion d'une perte d'argent.

L'enfant, née à 7 mois, soumise à un mauvais allaitement, avait eu à l'âge de 2 ans et demi, une coxalgie dont elle était guérie (Observation III, ancienne) (1).

Je rappelle, pour mémoire seulement, l'enfant de quatorze mois, né à terme, de parents sains et jeunes qui, sous l'empire d'une athrepsie passagère, a montré dans son urine un corps réducteur de la liqueur de Fehling, du sous-nitrate de bismuth et de la potasse, analogue au glycose et qui a disparu avec l'état diarrhéique (observation IV, ancienne) (2).

En résumé, le petit nombre des observations recueillies par moi, constate une fois de plus la rareté de l'affection (3).

Ce petit nombre, par cela même qu'il est trop restreint, ne permet pas d'établir des données certaines, relatives à l'âge et au sexe. Notons pourtant que l'âge des enfants a été : 11 ans 1/2 (petite fille. Mort); 13 ans (jeune garçon. Maladie en cours); 8 ans 1/2 (petite fille. Mort); 13 ans 1/2 (petite fille. Diabète léger); 6 ans et 1/2 (petite fille. Maladie en cours); 14 jours (petit garçon. Glycosurie passagère).

La fréquence de la maladie au-dessus de 10 ans; sa fréquence et sa gravité chez les petites filles semblent donc confirmées par notre statistique, autant qu'elle peut prouver vu la faiblesse de son chiffre.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 483.

(2) *Loc. cit.*, p. 484.

(3) Au moment même où je corrige ces épreuves, je viens d'examiner un jeune garçon (10 ans), de Limoges, qui m'est adressé par M. le Dr Lagrange comme atteint de diabète sucré à un taux élevé (60 à 70 gr. par litre, 2 litres par jour au commencement, aujourd'hui 80 à 85 gr. par litre, 5 à 6 litres par jour, quantité totale de sucre par jour 400 à 500 grammes), depuis la fin d'octobre 1886, sans que le petit malade, malgré un grand amaigrissement, présente des symptômes faisant prévoir une issue fatale immédiate.

La gravité du diabète sucré chez les enfants est, au contraire, d'une façon indiscutable, du petit à la grande enfance. Sur quatre cas de diabète et sur deux cas mortels et deux cas graves dont l'issue est encore connue.

Les symptômes n'ont pas présenté de différences marquées avec ceux du diabète des adultes. La maladie est caractérisée par la brusquerie du début, la rapidité des progrès, soit après une longue période d'indolence en apparence satisfaisant, soit d'emblée, jusqu'à la mort.

La mort s'est produite, par congestion pulmonaire dans un cas, par épuisement nerveux dans l'autre.

Une seule autopsie a été faite. Elle a été négative sur les points.

Le traitement, calqué en grande partie sur celui des adultes, n'a exercé que peu d'influence sur la quantité de sucre rendues avec l'urine des 24 heures (1).

---

## RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE

DANS LES SALLES DE CHIRURGIE  
DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Service de M. de SAINT-GERMAIN ; par M. Jacquimot,

---

Nous venons d'observer dans le service de M. de Saint-Germain, quatre cas successifs de diabète sucré chez des enfants ou blessés ou opérés. Il nous a paru intéressant de publier ces faits et de chercher à montrer la relation

---

(1) Les six observations de M. JULES SIMON, réunies à celles de diverses sources, ont été publiées récemment dans M. Elias Rojas : *Contribution à l'étude du diabète sucré*, Paris, Henri Jouve, 1887.

comme cause à effet, entre le premier cas et les trois autres qui l'ont suivi ; de joindre cet exemple, qui nous a semblé démonstratif, aux observations déjà nombreuses qui ont été publiées par différents auteurs au deuxième Congrès français de Chirurgie, en réponse à cette question, mise à l'ordre du jour : nature, pathogénie, traitement du tétanos, et de faire voir une fois de plus que la fermeture et la désinfection des salles ont été œuvre utile.

OBS. I. — Le nommé Ch.... Claude, 12 ans, est entré le 17 février 1887, salle St-Côme, au n° 5.

Tombé la veille au soir, en tenant une lampe à essence dont le contenu s'est enflammé et a communiqué le feu à ses vêtements.

Nous traçons rapidement l'état qu'il présentait à son entrée à l'hôpital, en nous servant de l'observation que notre collègue et ami, M. Jouliard, a prise et publiée dans un article de ce Journal : « du pronostic des brûlures chez les enfants », 1887. Dans cette observation, il y est relaté :

1° Brûlure occupant toute l'étendue de la main et la face externe du poignet, de l'avant-bras et du bras droit, au troisième degré, excepté à l'extrémité des doigts où elle n'atteint que le deuxième degré. Tuméfaction considérable au dos de la main.

2° Brûlure au deuxième degré de la paroi latérale droite du thorax, dans une étendue transversale de 10 centimètres et verticale de 6 centimètres.

3° Brûlures légères et peu étendues de la joue droite et de la face externe de la racine de la cuisse droite.

Epiderme complètement enlevé au niveau des parties brûlées. Douleurs modérées. Etat général satisfaisant.

Telle est la partie de cette observation qui touche directement la brûlure qui, comme on le voit, fort étendue, en plusieurs points, atteint ici le 3<sup>e</sup> degré, là le second, plus loin enfin amène une simple rougeur de la peau.

Pendant onze jours l'enfant qui souffre modérément est dans un état qui fait porter le pronostic suivant : « état assez bon. »

La fièvre jusque-là a été modérée. Le 27, cependant, le thermomètre marque une ascension et le 28 dans la nuit apparaissent des crampes très douloureuses partant de l'extrémité des doigts et remontant jusqu'à l'épaule. Ces crampes surviennent par accès, toutes les heures environ et durent quelques minutes. Les escharres à ce moment étaient complètement détachées au niveau du bras, prêtes à tomber à l'avant-bras et au

poignet. Suppuration abondante de la plaie de la main, de la paroi thoracique.

Le lendemain au matin, on constate que le pouce droit est dans l'adduction. Toute tentative pour le redresser fait crier.

On trouve aussi un peu de raideur dans tout le membre supérieur. L'enfant ouvre moins bien la bouche. Mais la contracture est bien peu marquée du côté des masséters. L'enfant mange encore.

Le pansement est refait, et l'on constate que les crampes douloureuses et moins fréquentes. Le petit malade accuse une dure journée. Potion avec quatre grammes d'hydrate de chlorure de soude.

1<sup>er</sup> mars. Les crampes ont augmenté d'intensité et de fréquence. Arrachent des cris. Intégrité de l'intelligence. Inappétence. Fièvre peu élevée, 6 gr. de chloral.

Le 2. Insomnie la nuit précédente. Cris continuels, au moindre bruit, contracture des mâchoires. Les arcades dentaires pendant s'écarter d'un centimètre environ. La mastication est impossible, la déglutition des liquides n'est que difficile. Contractures des muscles de la nuque. Spasmes généralisés et douloureux à la pression du pansement qui recouvre la brûlure de la main. Potages, lait. Continuation du chloral.

Le 3. Aggravation; spasmes généralisés arrachant des cris toutes les cinq minutes. Pas d'altération de l'intelligence. 8 gr.

Le 4. Augmentation du degré de contracture de la mâchoire de la nuque. Facies vultueux, couvert de sueur. Renouvellement de l'examen qui permet de constater que la main brûlée est fortement fléchie. Les bras, les doigts sont également en flexion forcée, le pouce contracturé dans l'adduction. Etat satisfaisant des muscles charnus de bon aspect. Dans la soirée, raideur des muscles de l'abdomen. Facies vultueux, sueurs froides. Mort par asphyxie, pendant le cours d'un accès convulsif, avec complète de la connaissance. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Telle est la première observation de tétanos qui va donner lieu à trois autres cas, deux dans la même salle Saint-Côme, le troisième dans la salle des filles à Sainte-Pauline.

Obs. II. — Schin... Juliette, âgée de 16 ans, entre le 5 avril dans la salle Sainte-Pauline, pour une affection chronique du genou.

Ses parents qui l'accompagnent à l'hôpital ont toujours été bien portants. Pas de bronchite, pas de pleurésie, rien qui puisse les faire soupçonner de tuberculose.

En mai 1885, l'enfant qui, jusque-là, était de bonne santé, bien qu'un peu grande et mince, a fait une chute sur le genou droit. Cette chute assez violente détermina une arthrite qui nécessita son séjour au lit pendant 10 ou 12 jours. L'enfant était remise, depuis deux mois et demi environ, quand le genou redevint douloureux. La marche devenait pénible à la fin de la journée et la fillette réclamait son lit. Un médecin consulté déclara que l'enfant avait de l'hydarthrose et la confina au repos absolu que l'enfant ne quitta plus.

Quand elle entra à l'hôpital on constata l'état suivant :

Le genou est globuleux, très chaud, très douloureux ; deux trajets fistuleux existent à sa partie interne et donnent un suintement continu. Une collection très abondante existe derrière le bord interne du tibia et descend presque jusqu'au milieu de la jambe. La poche n'est pas complètement remplie et la pression qu'on exerce sur elle ne fait point sourdre le liquide par les trajets fistuleux qui existent au niveau de l'articulation du genou. De plus, le creux poplité est saillant, bondé de végétations.

En un point on rencontre la peau amincie qui recouvre une dépression, un orifice entouré de bords durs et résistants. L'accumulation de ces masses fongueuses exerce certainement une compression sur les veines du membre. La jambe et le pied surtout sont œdématiés.

L'enfant souffre beaucoup, surtout pendant la nuit ; dort fort peu. Pas d'appétit. Tous les soirs le thermomètre dépasse 38° degrés de quelques dixièmes.

Rien d'appréciable du côté des poumons.

Pas d'albumine dans les urines.

L'amputation de la cuisse, d'abord proposée et refusée, est acceptée enfin et pratiquée le 22 avril.

Deux lambeaux, antérieur et postérieur. L'os est scié au 1/3 inférieur. Réunion, drainage. Pansement de Lister.

Tout se passe normalement tout d'abord. La température dans les premiers jours reste à 38°, chiffre qui bientôt n'est plus atteint, même le soir.

Les pansements sont refaits tous les 3 jours. Au 10<sup>e</sup> jour on enlève les fils et les drains, 2 mai.

Le 5 mai, on constate que la réunion par première intention a manqué sur la partie interne des deux lambeaux. Les lèvres cutanées sont écar-

tées. Suppuration peu abondante. Pas de rétention ; déjà paraissent des bourgeons charnus ayant bon aspect.

La température ne monte pas.

Les pansements sont renouvelés tous les deux jours.

L'enfant a de l'appétit et dort d'un bon sommeil.

Les choses continuaient à bien aller en apparence, quand, le 8 au soir, à la contre-visite, la fillette accuse la sensation d'avoir les dents « trop longues ». On ne trouve cependant qu'un peu de gingivite très légère. Pastilles de chlorate de potasse. Gargarismes au chlorate de potasse.

A 8 heures du soir, la sensation persiste toujours, et même elle est augmentée. L'enfant en souffre si peu qu'elle rit volontiers et témoigne le désir de dormir.

Le 9 au matin la situation s'est aggravée.

Les masséters sont déjà pris et l'enfant n'écarte les mâchoires que d'un centimètre environ avec un réel effort. La température était de 38°,2 dixièmes le 8 au soir, elle est de 38° le 9 au matin. Le pansement est refait. La suppuration est moindre sur la partie désunie, qui semble même s'être un peu augmentée. 6 grammes de chloral. Deux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine sont faites dans la journée.

Le soir. Température 39,4. Même état.

Le 10. Température 38,2. Trismus plus marqué. Contractures douloureuses des muscles de la nuque. Respiration et déglutition faciles. Même prescription.

Le 11. La contracture musculaire s'est étendue. On ne peut plus mouvoir la tête. Opisthotonos. La désunion de la peau des lambeaux est presque complète. Plaie sèche ne sécrétant pas. La malade accuse des douleurs qu'elle ne peut définir et qui lui arrachent des cris.

Malgré une éruption chloralique très étendue, l'emploi du chloral est continué.

Le 12 et le 13. L'affection fait de rapides progrès, la déglutition est plus embarrassée. La respiration est gênée de plus en plus ; à l'auscultation, gros râles ronflants et sibilants, en avant, dans toute la hauteur du poumon.

L'enfant est dans un tel état de rigidité qu'il est impossible de songer à l'asseoir ou à la retourner ; le moindre mouvement lui arrache des cris.

Le 14. Au matin, la température qui était à 39° dépassait 40° le soir, la respiration était fort embarrassée et le visage avait une coloration cyanique très foncée. L'enfant mourut le matin même vers 11 heures.

La famille s'opposa à ce que l'autopsie, même du moignon, fût faite.

OBS. III. — Jean C... âgé de 10 ans, entre le 15 mai, salle St-Côme pour un écrasement de la jambe. Il est couché au n° 5 de cette salle, où, nous le rappelons, deux mois et demi auparavant était mort de tétanos un petit brûlé qui fait l'objet de notre première observation. L'enfant a été blessé par la roue d'une voiture très lourdement chargée, un tombereau rempli de pierres.

Fracture de jambe à la partie moyenne et formation d'une plaie contuse qui occupe la face interne et empiète sur la face postérieure du membre. Cette plaie mesure 12 centim. de long sur 7 de large. Malgré l'étendue des désordres, on pense que la conservation du membre est possible. Mais l'étendue de la lésion et l'attrition des parties voisines ne permettent pas d'appliquer un appareil inamovible. Le membre est placé dans une gouttière métallique ouatée et la plaie fut pansée, après un soigneux lavage phéniqué, avec l'iodoforme et le lister.

Les 15 premiers jours de son séjour à l'hôpital ne sont marqués par rien de spécial, quand le seizième, le 1<sup>er</sup> juin, l'enfant se plaint d'une douleur, au niveau de l'articulation du maxillaire inférieur. Le lendemain l'écartement des mâchoires est plus pénible et bientôt s'établit la contracture des muscles de la nuque.

Cette complication a duré un mois jour pour jour. Elle a donc affecté une marche vraiment chronique, non pas tant seulement à cause de sa longue durée, qui faisait entrevoir la guérison comme possible, mais encore par le peu de réaction douloureuse qui a accompagné et marqué l'évolution de ce cas de tétanos.

La feuille de température que nous avons encore sous les yeux est d'une régularité remarquable. Elle a atteint progressivement 39° à mesure, en quelque sorte, que les muscles se prenaient. Elle a même décliné au point de donner 38° le soir, pendant la 3<sup>e</sup> semaine, pour remonter ensuite brusquement et atteindre 41°,4 dixièmes au moment de la mort le 31<sup>e</sup> jour de la maladie, le 1<sup>er</sup> juillet.

A part de nombreuses poussées d'éruption chloralique, dont l'une a fait un instant songer à la rougeole, tant sa ressemblance était grande avec cette fièvre éruptive, rien de saillant à montrer. Les crampes étaient espacées, peu douloureuses; le trismus permettait l'alimentation. L'enfant, à demi somnolent, ne se plaignait guère spontanément; seul le renouvellement du pansement réveillait en lui des crises manifestement douloureuses, et encore ces crises étaient-elles amendées et diminuées de nombre



par l'emploi d'eau phéniquée chaude pour le lavage d'abondamment. Le chloral, le bromure, la morphine ont été employés. L'enfant prenait tous les jours de 6 à 8 grammes.

Obs. IV. — Le jeune Charles T..., monté sur d'une hauteur de 3 mètres environ, se faisant que une fracture ouverte de l'avant-bras gauche.

Amené immédiatement à l'hôpital, l'interne de garde, non sans quelques difficultés, le cubitus faisant d'un centimètre environ. On lave soigneusement la plaie et on fait un pansement de Lister rigoureux.

La chose se passe le 26 juin. L'enfant est couché sur des lits n<sup>os</sup> 5 et 6 où ont été placés nos deux témoins de toute la longueur de la salle.

Les 27, 28, 29, l'enfant va bien. Il est pansé immédiatement dans la salle, avant par conséquent qu'on ait eu le temps de se le rappeler, a une fracture de jambe, et est à l'enterrement qui doit l'emporter.

A la contre-visite du soir, l'enfant se plaint de douleurs au niveau de la plaie; il a la face vultueuse, la température est à 37°,9 a monté d'un degré.

Le 30 au matin, on trouve l'avant-bras empâté, et, fluctuation. Un coup de bistouri amène l'écoulement de pus.

Application d'un cataplasme phéniqué.

A 8 heures du soir, l'enfant a de la contracture augmentée avec une extrême rapidité. La température est élevée, mais la peau est extrêmement chaude. La nuque permet moins facilement les mouvements sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. Pour la faire avaler en potion.

1<sup>er</sup> juillet. Le lendemain au matin opisthotonos complet sont invinciblement contracturés. La bouche fermée, embarrassée. La potion de chloral n'a pu être déglutie qu'on essaye de faire prendre amène des spasmes plus violents tels que l'asphyxie est à craindre. Injections sous-cutanées de chloral.

Dans la journée les spasmes et les crampes se multiplient, même ne peut plus être déglutie, et le soir, à 8 heures

à l'asphyxie croissante, 24 heures après le début des premiers symptômes de tétanos qui véritablement a été hydrophobique.

Tels sont les quatre cas de tétanos qui ont constitué une petite épidémie pouvant se résumer ainsi.

1° Un brûlé entre le 17 février, salle St-Côme, n° 5. Apparition des premiers symptômes du tétanos le 28 février. Mort dans la nuit du 4 au 5 mars.

2° Schim... Juliette, entre le 5 avril salle Ste-Pauline n° 3, tumeur blanche au genou. Amputation le 22 avril. Début des premiers accidents, 8 mai (l'enfant se plaint d'avoir les « dents longues »). Mort le 14 mai.

3° Jean C... a la jambe écrasée le 15 mai, date d'entrée à l'hôpital où il est couché, n° 6. Le 1<sup>er</sup> juin, début des accidents tétaniques. Mort le 1<sup>er</sup> juillet.

4° Enfin Charles T..., fracture ouverte de l'avant-bras. Entre le 26 juin, n° 14, salle St-Côme. Le 30 juin au soir. Contracture modérée des masséters. Mort le 1<sup>er</sup> juillet à 8 heures du soir.

En somme, en 4 mois 1/2, 4 cas de tétanos se sont échelonnés presque sans interruption, et cela en dépit des soins que l'on a apportés pour soustraire les malades avoisinant le premier tétanique à la contagion qui, ici, comme dans d'autres séries de faits analogues, nous semble évidente.

A peine le premier tétanique est-il mort, que son lit est désinfecté, la literie changée de fond en comble. Le foyer semble éteint sur place, puisque deux mois se passent sans rien apporter à l'encontre de cette idée. On peut même invoquer en faveur de la non contagiosité de cette affection la présence de tous les blessés qui ont été les voisins de ce jeune enfant, ceux qui lui ont succédé dans la salle St-Côme, où le mouvement est certes très actif. Bien des malades ont présenté des plaies, portes ouvertes toutes préparées à recevoir l'élément nocif, le germe (pour ne rien préjuger de la nature du contagé) en quelque sorte nécessaire à l'évolution de cette redoutable complication. Et cependant rien ne se produit. Et le second cas de cette épidémie a lieu, à deux mois de date, non plus dans la salle des garçons mais à la salle des filles, à Ste-Pauline. Il faut ajouter que la dis-

position du service de chirurgie met un éloignement assez considérable entre les deux salles de chirurgie courante. On peut schématiquement représenter cette disposition par la lettre **J** retournée.

La salle Ste-Pauline (salle des filles) occupe le petit côté de cette lettre. Se branchent perpendiculairement sur elle, une première salle réservée aux maladies des yeux, celle des filles; une deuxième salle, celle des garçons (réservée aux maladies d'yeux), et enfin pour terminer la grande branche de l'**J**, la salle St-Côme. Or la visite se fait régulièrement chaque matin dans l'ordre avec lequel nous avons procédé à l'énumération des différentes salles qui composent le service de notre maître, M. de Saint-Germain. Toutes les fois qu'il a fallu refaire le pansement de la petite amputée de cuisse, il a été fait par conséquent avant d'aller à la salle St-Côme où il y a eu, deux mois auparavant, un cas de tétanos mais où il n'en existe point pour le moment. Ne doit-on pas voir là une simple coïncidence de deux faits analogues, étant donné surtout la disposition topographique de ces salles respectives, la longue durée qui sépare le second cas du premier, les soins que l'on a apportés à l'extinction sur place du premier foyer, à savoir les conditions dans lesquelles le pansement est fait, nous le rappelons, toujours au moment du passage de la visite dans la salle Ste-Pauline, c'est-à-dire avant d'avoir été en contact avec les malades de la salle St-Côme.

Malgré ces faits, nous croyons néanmoins à la contagion. Depuis fort longtemps, plusieurs années, M. de Saint-Germain n'avait point observé de tétanos dans son service, quand un brûlé succombe à cette complication. Puis 3 autres cas lui succèdent. Le second cas éclate à deux mois et huit jours d'intervalle du premier, c'est vrai; mais on peut penser que le principe infectieux qui donne le tétanos a été conservé en trace dans l'échange des rapports journaliers que nécessite le service. Les vêtements que nous portions tant à la salle St-Côme qu'à la salle Ste-Pauline au moment de

n'ont peut-être pas été étrangers à l'apparition de cas de tétanos. Sans rechercher plus loin les allées du personnel qui, bien que séparé théoriquement, passe d'une salle à l'autre pour les besoins du service.

Enfant qui succombe au tétanos est un garçon. Il est dans le lit voisin où est mort le premier tétanique

Enfant est un garçon encore. Il est couché au n° 14. À des premiers accidents tétaniques le 30 juin, alors que le malade précédent est sur le point de succomber à la trachéotomie qui a duré un mois, et cela dans la même

chambre et l'enchaînement de ces faits viennent donc à l'appui des faits déjà nombreux qui ont été recueillis et présentés à la deuxième séance du Congrès français de médecine. On y a cité des observations qui montrent clinique que le germe du tétanos conserve sa virulence pendant un temps considérable. L'espace de temps qui sépare le premier tétanique du second est de deux mois et huit jours. M. Langer a rapporté deux cas de contagion à 11 ans de distance (fin mai 1874 à 31 juillet 1885) ; Congrès français de médecine, D<sup>r</sup> Langer). Quant aux 3 autres faits qui se suivent sans interruption, la pratique vétérinaire en fournit de nombreux exemples : « en 1848, le vétérinaire Huvelier de Montbrison, par le tétanos, 15 chevaux sur 15 opérés, succombent. Bouniau, de Montbrison, est brusquement tétanique. Cas apparus chez 6 taureaux opérés successivement. M. Thierry châtre 14 agneaux, 12 d'entre eux succombent, les 13 autres opérés le même jour par un autre vétérinaire guérissent parfaitement : cinq mois auparavant un agneau était mort tétanique à 10 ou 12 mètres de l'emplacement où l'on avait logé les agneaux de M. Thierry » (Lyon 1887. Ch. Audry).

Terminerons enfin en montrant l'influence de la fermeture des salles et des réparations qu'elles ont subies. Dans les salles de chirurgie courante, Ste-Pauline et

St-Côme ont été licenciées après la mort du 4<sup>e</sup> qui a lieu le 1<sup>er</sup> juillet.

Les salles sont fumigées (soufre brûlé), lavées à l'eau, grattées, plancher compris, puis repeintes. Les literies ont subi, eux aussi, un nettoyage complet. Les réparations ont réclamé près de trois semaines. Les salles sont réouvertes depuis le 20 juillet; rien d'anormal ne s'est produit. J'ajoute que dans le lit où est mort le tétanique, est couché en ce moment un enfant (amputé de la cuisse, et que son état est aussi bon que possible.

Tels sont les faits qu'il nous a été donné d'observer. Nous avons cru utile de joindre, sur le conseil de notre maître, au faisceau déjà gros d'observations monographiques, la contagion du tétanos.

## REVUES DIVERSES

**Ueber hereditäre Ataxie** (De l'ataxie héréditaire) Dr STINTZING. (*Münchener med. Wochenschr.*, 1887, Centralbl. f. Kinderhl., 1887, n° 12).

Dans le voisinage de Munich, plusieurs enfants d'une même famille présentèrent des phénomènes ataxiques. Voici en quelques mots l'histoire de ces individus : Le père âgé de 67 ans est très bien porteur, ne présente aucun antécédent pathologique et, en particulier, il n'a jamais atteint d'aucun phénomène neuropathique. La mère dont les parents sont héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Elle a 53 ans; elle n'a aucun lien de parenté avec son mari. Sur sept enfants, en est mort un en bas âge. Viennent ensuite :

1<sup>o</sup> Une fille âgée de 32 ans. Elle est complètement paralysée de ne pouvoir faire aucun mouvement actif. Nystagmus, vertige, paralysie totale, motrice et sensitive des extrémités; au niveau du tronc la sensibilité est conservée, mais les mouvements sont très faibles, les réflexes rotuliens font défaut; il n'existe aucune atrophie musculaire. Les muscles du tronc sont en grande partie paralysés. Palpitations.

; irrégularités dans les contractions de cet organe. Faiblesse de la le l'ouïe. Vessie normale. Le début de la maladie remonte à l'âge s; c'est à ce moment que la démarche est devenue chancelante. n garçon mort à l'âge de 31 ans. Il aurait présenté les mêmes mes que sa sœur.

n garçon âgé de 28 ans; sa santé paraît très bonne; il est ant.

n garçon âgé de 19 ans, atteint d'un bégaiement très accentué. ne fille âgée de 15 ans. Chez elle l'ataxie de Friedreich a débuté à 9 ans par une faiblesse et une maladresse progressive des bras et des. Nystagmus. Accélération du pouls (100); incoordination motrice au niveau des extrémités supérieures. La malade a de la peine à se tenir debout, surtout les yeux fermés, démarche ataxique, incoordination des mouvements isolés au niveau des membres inférieurs, perte des réflexes rotuliens; la sensibilité est partout normale.

Le 6<sup>e</sup> et dernier enfant présente, quoiqu'à un degré moins accentué, des phénomènes semblables à ceux de sa sœur.

Enfin l'auteur, il s'agit au moins chez quatre de ces enfants, de phénomènes très nets d'ataxie locomotrice.

---

**Hystéro-épilepsie der Knaben (De l'hystéro-épilepsie des enfants),** par le Dr R. LAUFENAUER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1906, 6.

L'auteur rapporte quatre observations d'hystérie survenue chez des garçons de 9 à 12 ans. Ces quatre malades sont nés de mères manifestement hystériques, deux d'entre eux présentent un développement intellectuel précoce au-dessus de leur âge. Ils sont pris subitement des crises hystériques qui se renouvellent régulièrement et qui parfois sont exclusivement en un stade d'hallucination avec délire inquiet, quelquefois d'autres fois il s'y ajoute une phase convulsive, — une at- taque épileptiforme —; dans les quatre cas, le diagnostic d'hystérie est établi, suivant l'auteur, par les hyperesthésies (des sens, de certaines zones cutanées, des points d'émergence du trijumeau), par le rétrécissement du champ visuel, enfin par le dichromatisme.

Selon l'auteur, les anesthésies sont plus rares chez les enfants que les hyperesthésies. Celles-ci peuvent être généralisées, ou bien localisées à certaines zones cutanées.

L'auteur observe fréquemment l'hémi-anesthésie. Au niveau des zones cutanées hyperesthésiées, les réflexes cutanés et tendineux sont exagérés.

Le traitement de l'hystérie infantile consiste surtout dans l'isolement des malades, leur éloignement de la maison paternelle. Dans les rapports par l'auteur, l'électricité, le massage combiné avec froids amenèrent rapidement la disparition des accidents hysté-

**Beitrag zur Kenntniss der Diphtherie (Contribution à l'étude de la diphthérie),** par le Dr O HEUBNER (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Fasc. I).

Sur l'instigation de l'auteur, les médecins de Leipzig ont fait publier par la Société médicale de cette ville une notice détaillée sur tous les cas de diphthérie qu'ils ont pu observer dans l'espace de 14 mois, du 1<sup>er</sup> janvier 1884 à la fin de décembre 1885. L'auteur a pu ainsi établir la fréquence, à l'aide d'un ensemble de 1,141 cas de maladie, une statistique de la morbidité de la diphthérie. Voici les points principaux de

1° Les enfants âgés de 3 à 7 ans sont le plus particulièrement exposés à la diphthérie. A partir de la huitième année cette prédisposition diminue dans des proportions notables; elle est encore considérable chez les enfants âgés de deux ans. Les nourrissons sont peu exposés à la diphthérie, néanmoins cette maladie s'observe encore plus fréquemment après la puberté. Dès que l'âge de 10 ans est dépassé, la prédisposition devient de plus en plus faible. C'est ainsi que pour un enfant âgé de 3 à 6 ans le nombre de cas de maladie sont 30 fois plus grandes que pour un individu d'un âge plus avancé entre 30 et 40 ans.

2° La mortalité par la diphthérie est d'autant plus faible que les malades sont plus âgés. Voici quelle a été la mortalité à Leipzig, telle qu'elle résulte de la statistique établie par l'auteur :

De 1 à 12 mois, mortalité.....	38 0/
Durant la 2 <sup>e</sup> et la 3 <sup>e</sup> année.....	35.3 0/
De 8 à 15 ans.....	7.2 0/
De 15 à 20 ans.....	2.6 0/

Pour ce qui concerne la morbidité, elle varie quelque peu entre les sexes. C'est ainsi qu'à Leipzig, elle a été de 23.4 0/00, pour les garçons âgés de 10 à 11 ans et de 25.2 0/00 pour les filles du même âge. Cette différence devient plus sensible encore à partir de 11 et jusqu'à 15 ans. En effet, la morbidité n'a été que de 2.30/00 pour les hommes, tandis que pour les femmes elle s'est élevée à 4 0/00. Pour ce qui concerne les adultes l'auteur fait cette remarque très juste qu'en général l'âge

ont bien plus que les hommes des rapports fréquents et immédiats avec les individus atteints de diphthérie, ce qui explique suffisamment la plus grande morbidité qui s'observe chez elles. Par contre, la mortalité est plus considérable chez les hommes. Tandis que pour les femmes âgées de 16 à 20 ans la mortalité est seulement de 15 0/00, elle atteint pour les hommes âgés de moins de 20 ans, le chiffre de 18 0/00.

3° La distribution locale de la maladie à Leipzig montre que la diphthérie sévit surtout au milieu des grandes agglomérations d'individus, dans les quartiers périphériques des villes habités par la classe besogneuse. L'auteur insiste sur ce fait que la diphthérie a ravagé d'une façon toute particulière les maisons nouvellement construites.

4° On sait depuis longtemps que le poison diphthéritique est très tenace et peut séjourner pendant très longtemps dans certains milieux, à l'état latent et en conservant toute sa virulence. Lorsque dans une maison il survient à la fois un certain nombre de cas de diphthérie, on peut se demander si ce milieu n'a pas favorisé d'une façon toute particulière la conservation et le développement du poison diphthéritique, ou bien si les conditions de vie et d'hygiène des habitants n'ont pas provoqué chez ceux-ci une réceptivité morbide toute spéciale. Suivant l'auteur, les maisons nouvellement construites, dans lesquelles la diphthérie sévit avec une grande intensité, comme nous l'avons déjà vu, réunissaient ces deux conditions.

5° Les saisons froides semblent favoriser la morbidité et la mortalité de la diphthérie. A Leipzig, le nombre des cas de diphthérie s'est assez régulièrement accru jusque vers la fin de décembre et c'est en juillet qu'on a constaté la rémission la plus durable; on ne saurait néanmoins prétendre que l'extension et l'intensité d'une épidémie suivent une marche parallèle.

6° Relativement à l'influence de l'école sur la propagation de la diphthérie, l'auteur a pu constater très souvent que la contagion directe est le facteur principal de la dissémination de la maladie. Dans maintes circonstances on a pu se convaincre du danger que constituent pour leur voisinage des enfants atteints des lésions les plus bénignes. Il paraît en outre nettement établi que la propagation de la diphthérie peut s'opérer par l'intermédiaire de personnes restées indemnes.

---

**Ueber das Wesen der Scharlachdiphtherie (De la nature de la diphthérie scarlatineuse),** par le Dr JESSNER (*Berl. kl. Wochenschr.*, 1887, n° 21. *Centralbl. f. Kinderhkl.*, 1888, n° 11).



Les auteurs pour lesquels la diphthérie scarlatineuse doit être de la diphthérie vraie dont elle serait absolument distincte se basent sur les faits suivants : dans la diphthérie scarlatineuse les fausses membranes sont plus minces ; elles ne descendent pas dans le larynx et ne sont jamais suivies de paralysies. L'auteur qui a eu l'occasion d'observer une épidémie de scarlatine très étendue, dans laquelle 4 cas de scarlatine étaient accompagnés de fausses membranes épaisses au niveau des amygdales, s'efforce de combattre les conclusions ci-dessus. Suivant lui, les fausses membranes possèdent une épaisseur très variable aussi bien dans la diphthérie vraie que dans la diphthérie scarlatineuse. Dans cette dernière le processus ne descend pas dans le larynx, que très rarement jusque sur le larynx. Cependant il existe un certain nombre de cas dans lesquels la membrane a envahi cet organe. L'auteur lui-même a pu constater un fait de ce genre. Si, dans la diphthérie scarlatineuse, le processus épargne le larynx, c'est parce que la fausse membrane se propage d'abord sur les tissus qui avaient été envahis antérieurement par le processus scarlatineux, c'est-à-dire sur la cavité du pharynx ; les tubes d'Eustachien restent indemnes. Au reste, dans la diphthérie nasale également, le pharynx est souvent indemne. Enfin voici comment s'explique la rareté de la diphthérie scarlatineuse compliquée de paralysies. Les muscles et les nerfs, n'ayant été infectés par le poison scarlatineux résistent à celui de la diphthérie vraie. L'auteur ne se contente pas de combattre par des raisons théoriques la dualité des deux formes de diphthérie ; il rapporte un fait personnel qui montre bien que le processus est identique dans les deux formes. Dans une épidémie de scarlatine éclate dans une famille, plusieurs des enfants sont atteints de diphthérie scarlatineuse, mais chez l'un d'eux, on observe une diphthérie vraie compliquée de paralysies.

---

**Antipyrin in der Kinderpraxis (Scarlatina und Bronchitis).**  
— L'antipyrine chez les enfants (Scarlatine et Bronchite)  
par le Dr FRIEDLAENDER (*Therapeutische Monatshefte*,

L'auteur a administré l'antipyrine dans 14 cas de scarlatine chez des enfants âgés de moins de 6 ans. Il ne semble pas que la maladie, qui a été en moyenne de 5 à 6 semaines, et ses complications qui l'accompagnent si fréquemment (otite moyenne, abcès sous et rétro-maxillaires) aient été favorablement influencées par cette médication. L'auteur est convaincu toutefois que, gr

pyrine, le catarrhe des voies respiratoires n'a revêtu une grande intensité chez aucun de ses malades. Chaque dose d'antipyrine a été de 0 gr. 60 centigrammes ; elle fut répétée de 1 à 3 fois dans les 24 heures, suivant l'âge des malades. Les enfants prennent ce médicament sans difficulté dans de l'eau à laquelle on ajoute un peu de vin ou du sirop de framboise. Chez la plupart de ces malades atteints de scarlatine, dès la première dose d'antipyrine il survenait une transpiration abondante suivie d'un sommeil paisible de près de deux heures ; à cette phase succédait une euphorie complète avec une température de 38,5°, des pulsations au nombre de 120 et une respiration légèrement accélérée. Cette action ne durait en moyenne que de 8 à 12 heures selon l'âge des malades, en sorte qu'il devenait nécessaire de renouveler cette dose une ou deux fois dans l'espace de 24 heures. Tous ces scarlatineux, au nombre de 14, guérèrent.

Chez l'un de ces malades, une petite fille âgée de 5 ans, la scarlatine s'était compliquée d'une otite interne suppurée qui avait envahi les deux oreilles. Agitation extrême, grincements de dents ; soubresauts au niveau des extrémités supérieures ; température, 40°,2. En faisant prendre à cette enfant tous les jours 3 doses d'antipyrine de 0,60 centig. chacune, administrées de demi-heure en demi-heure, l'auteur parvint à produire pendant 3 semaines une période d'apyrexie complète qui durait chaque fois 24 heures.

Dans les cas de bronchite aiguë chez de tout jeunes enfants, l'auteur a obtenu avec l'antipyrine des résultats extrêmement favorables. Sous l'influence de cette médication la bronchite dont la durée habituelle est de 2 à 3 semaines, n'a jamais persisté au delà de 8 jours. L'antipyrine agit surtout dans les bronchites aiguës qui s'accompagnent d'une notable élévation de température, tandis que ses effets sont à peu près nuls ou au moins insignifiants dans les cas où la fièvre ne dépasse pas 39°. On peut conclure de ce fait que le médicament n'agit que sur un seul des facteurs de la bronchite et dans les cas seulement où l'élévation de la température entrave l'évolution du catarrhe.

Il ressort des observations de l'auteur que l'antipyrine agit avec une énergie bien plus marquée chez les enfants vigoureux et bien nourris. Cela tient vraisemblablement à ce que ces enfants sont plus aptes à réagir contre les effets secondaires parfois très débilitants de l'antipyrine. L'auteur a administré l'antipyrine à 30 enfants bien nourris, chez lesquels la bronchite était accompagnée d'une fièvre vive dépassant 39° ; dans aucun cas le processus n'a duré plus d'une semaine. Mais même chez les individus chétifs qui étaient atteints de bronchite aiguë avec une température

peu élevée l'antipyrine a eu pour résultat d'abaisser la mortalité qui avait été antérieurement à cette médication de 50 0/0, à au moins 10 0/0.

Dans les cas de bronchite, l'auteur prescrit habituellement des doses d'antipyrine qui varient, selon l'âge des petits malades, de 0 gr. 60 centigrammes à 0,90 centigr. La première de ces doses est suffisante chez les enfants âgés de moins de 2 ans ; son action se fait sentir durant 20 à 24 heures. Lorsque les enfants sont plus âgés (de 2 à 5 ans), il est nécessaire de leur donner de suite 0,90 cent. et de renouveler cette dose au bout de 12 à 16 heures. La plupart de ces petits malades sont pris de sueurs plus ou moins abondantes ; ils s'endorment ensuite d'un sommeil très calme et se réveillent avec une amélioration très marquée au bout de deux heures. La toux est moins sèche et la respiration plus facile. En même temps que l'antipyrine l'auteur fait prendre à ses malades du vin, des toniques, des laxatifs et de la caféine sous la formule suivante :

Caféine pure.....	0,06	à	0,20
Bicarb. soude.....	1,5	à	3,0
Eau de fenouil.....	60		
Sirop d'ipéca.....	30		

Toutes les demi-heures à toutes les heures, une demie à une cuillerée à thé.

---

**Ueber Hemiatrophia facialis progressiva (De l'hémiatrophie faciale progressive)**, par le Dr M. HERZ. (*Archiv. f. Kinderheilk*, t. VIII, Fasc. IV.)

L'auteur décrit un cas bien intéressant d'hémiatrophie faciale progressive survenue chez un jeune garçon âgé de 13 ans. Durant les deux années qui ont précédé le début de cette affection, l'enfant était pris tous les 8 ou 10 jours, vers la fin même, tous les 3 à 4 jours, de migraines fort intenses localisées principalement dans la moitié droite du front. Pas de traumatisme sur la tête ou la face, pas de refroidissements, etc.

Lorsque l'on examine le côté droit de la face qui est le siège de l'hémiatrophie progressive, la première impression que l'on ressent c'est de se trouver en face d'un individu vieux, ridé, dont les traits semblent profondément altérés par une longue maladie, tandis que l'autre moitié de la face, celle du côté gauche, est fraîche, pleine, arrondie, comme chez tous les enfants de cet âge. La délimitation des deux côtés de la face est très nettement marquée par un rebord saillant qui va du maxil-

met de la tête en passant par la racine du nez et du côté malade les cheveux sont plus clairsemés, on trouve de petites plaques d'alopecie.

La hauteur du crâne est de 53 centimètres, dont 26 pour le côté gauche. La moitié droite du maxillaire inférieur est moins accentuée ; elle est également plus élevée que la gauche. Le maxillaire tout entier présente des traces d'altérations rachitiques. La peau qui recouvre le visage est amincie, et couverte de taches brunes pigmentaires sous-cutanées. La peau est directement plus épaisse du côté droit paraît plus petit que celui du côté gauche, le côté droit est rétréci, le nez semble déjeté à droite et le correspondant au côté malade est placé plus haut.

Les lèvres et de la langue sont notablement atrophiquées. Le voile du palais, la luette ne présentent rien qui concerne les vaisseaux, on ne peut constater rien de particulier à leur calibre. Les fonctions des muscles sont normales. Rien du côté des sens : vue, odorat, goût.

L'affection qui nous occupe est caractérisée par une fonte progressive du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, et de la moitié gauche de la face.

Ces affections ne sont pas bien rares. C'est Parry qui, en 1825, a décrit d'abord l'hémiatrophie progressive de la face. Après lui viennent Romberg, puis Schott, Moore, Guttmann, Seeligmüller, Wilczek, Spilzer entre autres, ont décrit des cas analogues.

Les auteurs, c'est une altération du système nerveux, une affection des nerfs vaso-moteurs qui provoque l'atrophie des côtés de la face. Romberg appelle cette maladie atrophie progressive, estimant que ce sont les altérations des nerfs trophiques qui entraînent l'atrophie des divers tissus de la face. Suivant Lande, l'hémiatrophie de la face ne serait nullement une affection primitive, mais plutôt le résultat d'une atrophie réelle du tissu musculaire, d'une atrophie primitive du tissu cellulaire, laquelle atrophie entraîne toutes les autres altérations qui caractérisent l'hémiatrophie de la face.

G. BOEHLER.

**Hip Disease in Childhood with special Reference to Treatment by Excision** (De la coxalgie dans l'enfance et son traitement par la Résection), compte rendu d'un livre de Manchester, in the *Brit. Med. Journal* du 1

Le Dr Wright possède une grande autorité en dans la question du traitement de la coxalgie, ayant fait cette opération cent fois et traité environ cinq cen

Son opinion est que là où la suppuration se montre, que la résection, est un simple palliatif et équivaut à rien. On pratique cette opération au moment où il y a quinze amputations secondaires, quelquefois suivies de résultats incomplets donnant des membres impropres à servir, avec un raccourci de 75 membres capables de servir, avec un raccourci de trois pouces.

Des statistiques publiées dans le livre du Dr Wright, sur 15 cas traités sans résection, il y a eu 8 morts ; 2 améliorations ; 1 ankylose ; 1 cas d'amélioration temporaire ; 2 guérisons. Ces résultats sont bien éloquents. On peut se demander si quelques-uns de ses malades n'ont pas été traités par le repos au lit pur et simple sans opération. Toujours est-il que ces deux cas guéris ont été traités par Thomas (*Thomas's splint*). Cet appareil a été appliqué à deux de ses cas d'amélioration. On est sûr par ce moyen que un seul des malades ainsi traités a succombé.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique** par A. SAYRE, professeur de chirurgie orthopédique, à New-York, traduites par le Dr Henri THORENS, et le Dr POLAILLON, chirurgien de la Pitié, avec G. Steinheil, 1887.

Le nom du Dr Sayre est surtout connu en France, entier, en dehors de l'Amérique, par des corsets plâtrés, une diverse et de nombreuses modifications, ont été



inventé les premières machines à extension pour guérir les rachis. C'est un Français, Delpech, qui a ouvert un chan traitement du pied-bot, en opérant la section du ten Valentin Mott, dans ses *Voyages dans l'Est et en Eur* 1842, a exprimé en termes enthousiastes son admiration orthopédique telle qu'il l'a vu pratiquer à Paris. Quoiqu ait toujours produit des chirurgiens instruits et habiles, aux reils et les traitements orthopédiques n'étaient pas plus in autres branches de leur art, le Dr Sayre est le premier q cette branche de la chirurgie tout le relief qu'elle mérite, l tout qui lui ait donné la sanction d'un enseignement ex pr établissement public (au collège de Bellevue). L'associatio américaine (*American Orthopedic Association*), de cr a le Dr Sayre pour secrétaire et pour inspirateur ; sa capac est d'ailleurs indiscutable et antérieurement établie. C'est mier, en Amérique, a exécuté avec succès la résection de mars 1854). En 1882, il avait répété 72 fois cette redoul et n'avait compté que 9 cas de mort. Au commencement d Dr Sayre a tracé en grands traits *l'histoire de l'orth* laquelle, tout en tenant compte des titres acquis par les l auxquels l'orthopédie doit ses progrès dans tous les pa largement justice à la France.

Après avoir réclamé comme domaine naturel de l'orth les *difformités congénitales ou acquises*, le professeur lement borné à l'étude de celles qui se présentent le plus son observation clinique. Ce sont les *pied-bots*, les *rachis*, le *mal de Pott*, le *torticolis* et les *arthrites*.

Le traitement du *pied-bot* dépend beaucoup, pour lui, produit cette difformité et ses vues sur cette cause ne man ginalité. Ainsi, d'après Sayre, dans le pied-bot équin, ce muscles du mollet qui, par leur contraction spasmodique, en sement forcé du pied, c'est la paralysie ou la parésie de veurs du pied, des muscles antérieurs de la jambe qui rei des jumeaux et du soléaire prépondérant. C'est l'inve pour le pied-bot talus. Il en résulte que le traitement du bien plus consister dans l'excitation par l'électricité ou muscles paralysés ou parésies, dans les appareils mécan suppléer à l'action de ces mêmes muscles, que dans la se correspondant aux muscles antagonistes.

## GRAPHIE

façon, toujours  
repos forcé, aux  
machines. Il co  
de diachylon e  
qui permettent l  
étanée que dans  
à la suite d'un n  
hille n'est pas j  
ons pas, quoiqu  
rôle de la paré  
lon d'Achille vic  
opagation de sa  
as, une belle po  
celui qui la re  
r le Dr Sayre  
faire connaître  
pension qui est s  
soulevé lenteme  
mais pas au c  
pplique le band  
on, est suppo  
nd elle n'est p  
s'affaisse sous le  
yre ait les avan  
est bien suppo  
sant bien, de ré  
ait remarquer d  
rôle aussi da  
socie toujours à  
modéré dans les  
r cette extensio  
les tendons et d  
membre dans un

Dr Sayre voi  
la résection, s  
agit d'une artici  
qui précèdent  
de la Revue



*l'Enfance*, qu'un certain nombre de chirurgiens américains rent la suppuration comme l'indication formelle d'une résection l'arthrite coxo-fémorale mais que cette indication n'est pas sellement acceptée et que les méthodes expectantes ou palliat loin d'être également dépréciées par tous.

On aurait tort d'ailleurs d'attribuer au Dr Sayre la fièvre d'ition chirurgicale qu'il ne manquerait pas d'éprouver si ses t opératoires étaient au niveau de son habileté bien connue. Le p Sayre n'est pas partisan des résections hâtives. Il attend pou recours qu'il ait épuisé tous les autres moyens de guérison et même un temps dans lequel le chirurgien, connaissant, mieux enco ne le fait aujourd'hui les causes et les symptômes des affections laires, arrivera à les guérir sans recourir à une opération sa Parmi les causes des affections articulaires le Dr Sayre att *traumatisme* une valeur inusitée. Sans doute, dit-il, les arthr gueusesse trouvent le plus souvent chez des sujets strumeux, tube mais même chez ceux-ci, une violence extérieure est nécessaire, p donner naissance. Il y a certainement quelque chose d'ingér peut-être beaucoup de vrai dans cette conception qui, comme toi vient de Sayre, n'a rien de banal. S'il faut l'admettre, au moins tie, les parents ont moins souvent tort qu'ils n'en ont l'air q invoquent des chutes ou des coups pour expliquer les affections laires de leurs enfants et les médecins feraient bien d'oppos d'incrédulité à ces récits. Peut-être en tenant plus de compt histoires, arrivera-t-on à constater que le point étiologique é Sayre se vérifie dans un grand nombre de cas.

En terminant cet examen sommaire nous ne pouvons nous emp souhaiter, pour notre part, une heureuse fortune à un livre qui e d'emblée la sympathie par plus d'un titre. Parmi ces titres, n plaçons à placer la personnalité de son traducteur, très comp orthopédie et dont la thèse inaugurale a marqué dans la littératu cale du pied-bot. Aimé et respecté de tous, le Dr Thorens mé vivre pour voir le succès de l'œuvre qu'il avait faite sienne.

Dr PIERRE-J. MERCIER

---

*Le gérant : G. STEINHE*

MENSUELLE

DES

DE L'ENFANCE

mbre 1887

---

X ORIGINAUX

---

ME ET SYPHILIS

mbry, médecin des hôpitaux.

---

ts de la syphilis et du rachitisme  
Parrot. Avant les recherches de cet  
tisme était généralement considéré  
ution, affectant surtout la première  
alimentation défectueuse ou d'une  
aliments.

1, Astruc, Portal et quelques autres  
e relation pathogénique entre la  
; mais cette idée n'avait pas fait  
et déclarer, au Congrès de Londres,  
*monnaissait pas d'autre cause que la*  
soutenait donc une opinion pour  
sonnelle, dont il revendiquait hau-  
bilité. On sait l'accueil peu favora-  
. Mais les dénégations émises dans  
ne pouvaient avoir la valeur d'une

Ce n'est pas en un jour qu'on pouvait renverser l'échafaudage de pièces et d'arguments que Parrot avait mis plusieurs années à dresser.

Aujourd'hui le temps a fait son œuvre et il est permis, sans manquer au respect dû à la mémoire de Parrot, de juger sa théorie et de réformer ses conclusions.

Nous exposerons successivement :

- 1° La doctrine de Parrot et les controverses qu'elle a soulevées ;
- 2° La réfutation de cette doctrine ;
- 3° La nature exacte des rapports de la syphilis et du rachitisme.

## I

C'est en 1881 (Progrès médical et Congrès de Londres) que Parrot a lancé l'affirmation suivante : *Le rachitis reconnaît pour cause unique la syphilis héréditaire, et constitue l'altération la plus avancée parmi celles dont cette maladie frappe le système osseux.* Pour démontrer cette assertion étonnante, il cherche à établir le diagnostic posthume de la syphilis héréditaire sur des cicatrices fessières, des érosions dentaires, une desquamation linguale qui seraient des empreintes révélatrices. Ces empreintes coïncideraient d'une manière à peu près constante avec une lésion du squelette qui, en trois étapes (*ostéophytes durs, atrophie gélatiniforme, tissu spongoïde*), aboutirait au rachitisme. Le fait anatomique caractéristique pour le P<sup>r</sup> Parrot, c'est la présence des ostéophytes, variables d'apparence suivant leur âge, mais toujours de nature syphilitique. « *J'affirme, dit Parrot, pour l'avoir constaté plusieurs centaines de fois, que les deux premiers types (ostéophytes durs, atrophie gélatiniforme) se rencontrent exclusivement chez des sujets présentant, dans les viscères ou sur la peau, quelque marque incontestable de la syphilis héréditaire. D'où il faut induire que le troisième et dernier type (tissu spongoïde caractéristique du rachitis) est, lui aussi, sous la dépendance de cette maladie.* »

plètement absorbé par l'anatomie et les autres éléments de la question dans un sens absolu qui ne saurait, à aucun doute. Certes la science a un talent de premier ordre et une méthode établie sur des bases solides. Mais ses déductions anatomo-pathologiques sont en contradiction formelle avec l'histoire du Rachitisme.

En d'intérêt de suivre les étapes qui ont marqué le rachitisme du cadre nosologique, les recherches sur la syphilis chez les nouveau-nés, il ne met en évidence le rachitisme (Archives de physiologie (Soc. anat., 6 juin 1873), il présente des faits relatifs, les uns à la syphilis, et il montre les différences qui les séparent de la coïncidence des deux chez le même sujet; il croit à un rachitisme (combinaison de la syphilis et du rachitisme). Présentée dans ces rapports de la syphilis et du rachitisme; mais Parrot ne devait pas dans une seconde présentation à la Société (Novembre 1875), il écarte le rachitisme si paraissent encore suffisantes : l'absence de tissu spongieux. (Archives de physiologie, 1876), il ne trouve plus de rapport entre le rachitisme et la syphilis à 4<sup>e</sup> degrés; la question d'âge le décide (Congrès du Havre), il donne le nom de lésion spécifique et il va bientôt proposer une nomenclature pour faire rentrer le rachitisme

que le professeur Parrot a léguées à la Société de Médecine de Paris, on peut saisir, dans une

certaine mesure, les causes de son erreur. Malgré les altérations que le temps a fait subir aux os qu'il avait préparés, étudiés et décrits avec tant de soin, il est facile de reconnaître les ostéophytes, les couches périadiaphysaires, les oblitérations du canal médullaire qui caractérisent les os longs des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire.

L'*atrophie gélatiniforme*, on la devine aux solutions de continuité et aux cavités qu'elle a laissées. Quant au tissu spongoïde, il existe sur des os ayant appartenu à des sujets plus âgés que les précédents et *rachitiques*.

Les premières lésions, qui rendent les os plus compactes et plus durs dans leurs diaphyses, plus friables dans leurs épiphyses, dénoncent la syphilis. Quant à ces os déformés et spongieux des enfants Bernier, Georgy, Pamoin, Lapseyr, ils appartiennent au rachitisme. Au surplus, la coïncidence peut exister; elle n'a rien qui doive surprendre dans ce milieu des *Enfants-Assistés* où les petits syphilitiques, mal nourris, épuisés par la maladie et par l'allaitement artificiel, sont voués à une mort prochaine ou à un développement tardif et imparfait. Comment s'étonner, dans les conditions de misère physiologique indiquées, de voir le rachitisme se greffer, avec une sorte de prédilection, sur les sujets atteints de syphilis héréditaire? Il frappe ces sujets, mais il ne perd pas son nom et garde son individualité propre.

Le rachitisme qui frappe des enfants syphilitiques n'est pas la *quatrième* période de la syphilis osseuse; c'est un rachitisme provoqué, influencé par une syphilis préexistante, mais c'est toujours et quand même le *rachitisme*.

Nous allons voir que cette opinion, contre laquelle s'est buté Parrot, est l'opinion de l'immense majorité des cliniciens. Tous les médecins Allemands, Anglais, Américains et même Français (à l'exception du Dr Gibert du Havre) qui assistaient au Congrès de Londres, opposèrent une fin de non recevoir absolue et catégorique à la doctrine de Parrot. Citons les noms de MM. Kassowitz, Rehn, Baginsky, Bouchut, Byers, Stephenson, Sansom, Norman Moore, Goodhart,

## TISME ET SYPHILIS

e, Robert Lee, We  
agea aux côtés de P  
l'éminent professeur  
munication et ses b  
r des dénégations u  
son ardent prosélyt  
ue va démontrer le r  
nises depuis 1881 jus  
annelongue présente  
sseuses qui montren  
bles entre la syphi  
lame ou en fourre  
ellent tibia Lannelo  
ec le tibia rachitique

on livre sur les mala  
Paris, 1882), n'est pa

ns une nouvelle cor  
février 1883), soulève  
syphilis et du rachis  
enfant de 3 ans 1/2 à  
Lannelongue se ga  
s d'un fait qui pou  
arrot profita de l'occ  
ses déclarations du  
de chirurgie ; il ne r  
M. Magitot contesta  
aires ; M. Reclus, da  
gaz. hebd.), rendit  
rgiens faisaient à la t  
urale, le Dr Berne (F  
ier la théorie de Par  
ort incomplète, une  
Galliard (Soc. clin.  
uthentique et irrécu

enfant devenir rachitique plusieurs années avant le développement de la syphilis chez ses parents ; n'est-ce pas la preuve que le rachitisme peut naître en dehors de toute influence syphilitique ?

## II

La réfutation de la doctrine de Parrot est possible même sur le terrain de l'anatomie pathologique où il s'était retranché. L'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire osseuse est l'œuvre presque exclusive de Parrot, et personne n'a pu contrôler les recherches si étendues et si originales de ce maître.

Nous n'avons pas la prétention de contester la haute valeur de ces recherches qui font autorité dans la science. Reste à savoir si le rachitisme est l'aboutissant des multiples manifestations de la syphilis héréditaire osseuse. Il est possible, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, que la syphilis soit parfois associée au rachitisme et qu'à partir d'un certain âge (6 mois et au-dessus) le tissu spongieux vienne prendre la place des ostéophytes spécifiques ou se ranger à leurs côtés. Nous admettons même que la syphilis prédispose au rachitisme et qu'une combinaison des deux maladies puisse se rencontrer. Est-ce à dire pour cela que le rachitisme ne soit qu'une étape de la syphilis osseuse, qu'une sorte d'accident quaternaire d'hérédosyphilis ? Nous ne le croyons pas. Le processus de la syphilis est tout différent du processus rachitique. Dans la syphilis, c'est la production d'ostéophytes durs, perpendiculaires à la diaphyse, déposés sous le périoste (*périostogenèse*), qui prédomine à une certaine période, l'os est plus compacte et le canal médullaire est oblitéré. En même temps ou un peu plus tard, certains points des os plats (*cranio-tabes*) ou des épiphyses se ramollissent, prennent une teinte jaune et peuvent aboutir à des perforations ou à des fractures (*atrophie gélatiniforme*). A-t-on jamais vu le rachitisme produire de semblables lésions ? Les lésions syphilitiques procèdent sans ordre et sans symé-

## CRITISME ET SYPHILIS

comme au hasard, un os ou  
gard du squelette comme  
t partout, là comme ici, leur  
ostéophytes ou sclérose) et  
me ou gommages). Cette loi de  
elle donc violée dans l'enfant  
nous laissons les nouveau-  
nés, nous voyons les divers

es de la syphilis héréditaire, d'après la belle description (Boc. de chir., 11 mai 1881) : L'os est déformé par l'extension de la périostose et d'hypertrophie de volume et de longueur. La déformation en lame ou en arc incurvé sur lui-même, épaississement de la surface de suppurations gonflement incurvé sur lui-même, non adhérent, diaphysaire, sans qu'il y ait de direction générale de l'axe de l'os, sa direction ; seuls, les bords sont ce que le professeur Foucault appelle rachitiques du tibia.

ne présentent pas les os  
tions sont régulières et s  
nent les deux tibias dont elle  
it elles renflent les extrémités  
sure, loin d'être émoussée, e  
rma! ; la surface de l'os n'est  
gulière. Avons-nous besoin  
ons histologiques classiques  
ne description qui a été si b  
, Cornil et Ranvier, etc. ?  
particulier les os du crâne  
lis comme par le rachitisme  
se, le ramollissement atro



perforation osseuse. Quant à la double saillie frontale séparée par la suture médiane que Parrot nomme *natiforme* et dont il fait un signe de syphilis, nous qu'il faut distinguer :

Le *crâne natiforme typique*, caractérisé par une double, symétrique, des pariétaux, donnant la série de véritables hyperostoses greffées sur la boîte crânienne propre à la syphilis héréditaire. La déformation crânienne rachitiques n'a que des analogies avec ce crâne et doit en être séparée.

On voit, par ce rapide exposé, que si la critique de prise sur les immenses matériaux recueillis par Parrot, il n'en est pas de même des conclusions tirées. Tout ce qu'il a vu et décrit, avec une habileté et un talent de premier ordre, existe bien réellement et les observations qu'il a produites sont d'un prix inestimable ; elle établit, sur des bases solides, un des plus beaux chapitres de l'histoire de la syphilis héréditaire. Mais ces pièces, que les descriptions qui les accompagnent, ne sont pas sans confusion du rachitisme avec la syphilis héréditaire.

*Symptomatologie.* — Le rachitisme diffère de la syphilis héréditaire et sa physionomie est telle qu'on peut le reconnaître même dans ses formes les plus anciennes. Voici les traits principaux de son complet développement : Tête volumineuse, front proéminent, fontanelle largement ouverte, bosses pariétales saillantes, dents absentes ou retardées, épiphyses volumineuses, incurvées, chapelet costal, gros ventre. En résumé, les déformations sont symétriques et leur réunion permet de reconnaître le rachitisme à première vue. Plus tard les os se redressent, les autres déformations s'effacent et le rachitisme guérit par les progrès naturels de l'âge. Pendant la croissance n'emporte pas les traces indélébiles du rachitisme enraciné. Cette esquisse imparfaite est faite pour montrer le contraste qui existe entre le rachitisme et la syphilis héréditaire.

es en effet sont des enfants chétifs, malintres, n'atteignant presque jamais l'embonnes. Leur peau est couverte d'éruptions ou iennes; puis ces empreintes s'effacent ou déformations *pseudo-rachitiques* se monas n'offrent aucune régularité, aucune rappellent en rien les déformations rachie les deux maladies peuvent se rencontrer et, mais elles restent distinctes et ne doi- onfondues. Donc, en clinique, comme en gique, le rachitisme et la syphilis hérédie leur facies et leur évolution propres. Voici servation de nature à dissiper les doutes; un enfant rachitique qui ne peut être s, puisque ses parents n'ont contracté la ieurs années après sa naissance; d'autre it voir qu'un enfant puiné (qui a hérité de elle) peut échapper au rachitisme.

*Composée de huit enfants. — Syphilis commune par son mari en 1885, c'est-à-dire six ans ce de leur septième enfant qui est rachitique. gé de 17 mois) atteint de syphilis héréditaire, que.*

nise, actuellement âgée de 17 mois (déc. 1886) est e depuis le 7 octobre 1885 par le sirop de Gibert et Elle est dans un état très satisfaisant et ne présente des ulcérations labiales dont elle était atteinte et ssières. D'ailleurs elle n'a pas la moindre déforma- narche bien depuis plusieurs mois. Il est vrai qu'elle re et qu'elle n'a ingéré jusqu'à présent, que du lait. u monde à terme, nous fut apportée vers le quin- plaques anales et des ulcérations fessières qu'il était e reconnaître que la mère (34 ans) avait les parties le plaques muqueuses depuis le sixième mois de la n : pour la mère, une cuillerée à potage de sirop de , une demi-cuillerée à café du même sirop et trois

bains de sublimé par semaine. La syphilis de la mère était récente comme celle du père (renseignements très précis), de sorte que les sept premiers enfants nés de cette union contractée en 1871, peuvent être considérés comme indemnes de syphilis héréditaire. Or, étudions l'histoire de ces huit enfants (y compris la petite syphilitique dont nous venons de parler). Quatre ont survécu : l'aîné (12 ans) et le second (9 ans) nourris au sein par la mère se portent bien ; le troisième (7 ans) offre des incurvations costales qui rappellent le rachitisme, mais comme le cas n'est pas net, nous le laisserons de côté. Le dernier survivant est la petite fille non rachitique, quoique syphilitique. Voici l'histoire des quatre enfants morts : l'un est mort du croup à 5 ans, une petite fille est morte athrepsique à 5 mois, un petit garçon est mort-né ; enfin une fillette morte à 2 ans (1884) a présenté tous les traits du rachitisme, quoique ses parents n'aient pas pu lui transmettre la syphilis qu'ils n'ont contractée que quatre ans après. Cette enfant, qui ne marchait pas encore à 2 ans, n'avait pas de dents, elle était nouée (poignets et chevilles gros, jambes torses, chapelet des côtes, etc.), elle avait un ventre énorme, c'était donc un type de rachitisme. Si la syphilis héréditaire ne pouvait être invoquée dans ce cas, l'hygiène alimentaire devait être incriminée à juste titre. L'enfant n'avait eu le sein que pendant deux mois ; elle avait été nourrie ensuite avec du lait de vache, des légumes et autres aliments indigestes pour son âge.

Voilà donc une observation en quelque sorte décisive contre la théorie de Parrot. Qui pourrait attribuer le rachitisme incontestable de cette enfant à la syphilis héréditaire, quand l'hygiène déplorable qui a fini par causer sa mort nous explique si bien l'origine du mal et quand l'explosion ultérieure de la syphilis chez les parents (1885) nous démontre que cette syphilis était absente en 1881 (date de la mort de notre rachitique) ?

On verra plus loin un double exemple de la coïncidence du rachitisme avec les cicatrices fessières si bien décrites par le P<sup>r</sup> Parrot. Cette coïncidence, loin d'être la règle, comme l'affirmait cet auteur, constitue l'exception. Sur plus de 600 rachitiques observés et traités par nous en quatre ans et demi au Dispensaire de la Société philanthropique, dix à peine portaient ces cicatrices.

En général, la peau des rachitiques est indemne de toute

ou cicatricielle et rien ne révèle du côté des os d'une syphilis héréditaire. Les résultats élevés des observations de notre polyclinique sont en concordance parfaite avec ceux que nous avons recueillis à l'hôpital de Berck-sur-Mer : sur 49 rachitiques nous avons observé des cicatrices fessières. Ce que Parrot a tiré de la fréquence de ces lésions nous ne le considérons donc pas comme valable.

Les empreintes du côté des dents et du côté des os nous ont montrées de côté les manifestations auditives qui forment la triade d'Hutchinson, parce que nous ne les avons observées chez les rachitiques.

Les dents d'Hutchinson ne nous arrêteront pas car nous n'avons pas à prendre parti pour ou contre l'opinion étiologique que leur attribuent Hutchinson, Parrot, etc. Cependant M. Magitot conteste l'imposition des dents d'Hutchinson qu'il fait descendre au rang de symptômes secondaires à des convulsions de l'enfance. Il a observé ces dents chez le veau et il insiste sur leur fréquence chez les Kabyles qui sont pourtant ravagés par la

syphilis. Nous pensons que M. Magitot a tort et que Parrot a saisi les faits, mais nous ajouterons que ces dents d'Hutchinson et la syphilis héréditaire ne s'observent pas toujours chez les rachitiques (1). Ce n'est pas que, chez ces malades, l'audition ne soit profondément troublée ; le retard dans l'éruption des premières dents est un fait acquis. La mobilité, l'opacité des couronnes dentaires sont des symptômes plus rares dans le rachitisme. Mais il y a des cas où les dents d'Hutchinson sont plus variables et contingentes aux érosions dentaires par Hutchinson et plus complètement caractéristiques. Ces lésions spécifiques, nous ne les avons observées que chez nos rachitiques. D'ordinaire les

---

(1) Nous maintenons la distinction entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise (Semaine médicale, 3 fév. 1886, p. 46).

dents de ces enfants laissent beaucoup à désirer, quelques-uns toutefois sont munis de très belles dents. Ce n'est pas avant la seconde dentition que ces dents de belle qualité s'observent; dès la première dentition le fait doit être noté. En somme le phénomène à retenir dans la dentition dentaire des rachitiques, c'est le *retard* dans l'apparition des premières dents. Comme nous, M. Cazin, sur ses rachitiques, n'a pas trouvé un seul cas d'érosion dentaire.

Quant aux empreintes oculaires de la syphilis héréditaire, elles sont tout aussi rares chez les rachitiques que les empreintes dentaires; les rares cas de kératite que nous avons observés chez les rachitiques étaient de nature scrofuleuse. Reste la desquamation linguale que Parrot regardait comme une empreinte syphilitique. C'est un phénomène banal que nous avons maintes fois observée dans l'enfance; elle nous a semblé plus commune chez les enfants nourris au biberon que chez les enfants nourris au sein.

En résumé, la clinique, dont Parrot ne s'était pas préoccupé, nous apprend que le rachitisme et la syphilis sont deux maladies différentes qui peuvent se rencontrer chez le même sujet, mais sans se confondre et sans perdre leur autonomie.

**THERAPEUTIQUE.** — Conséquent avec la théorie qu'il avait adoptée, M. le Dr Gibert (du Havre) traite tous les rachitiques de sa polyclinique par le mercure et l'iodure de potassium. Et en effet, si le rachitisme n'est que la manifestation tardive d'une syphilis héréditaire, pourquoi le soumettre à des traitements empiriques et surannés? N'est-il pas logique au contraire de traiter cette maladie comme on traite toutes les manifestations tardives de la syphilis? Ainsi raisonne M. Gibert. Nous n'insisterons pas sur l'abus thérapeutique de ce raisonnement l'a conduit et nous tirerons précisément de la thérapeutique ancienne du rachitisme un argument en faveur de la doctrine de Parrot et à la pratique de M.

## ET SYPHILIS

nieux aux rachitiques  
c'est le traitement  
et ailleurs. L'air de  
issants modificateur  
tement maritime, si  
ix syphilitiques. Le  
rue sont les remède  
s dans la cure du ra  
owitz) aurait fait r  
On le voit, tous les  
moyens qui différen  
syphilis et tous l  
tre thérapeutique p  
que traditionnelle :  
rue, bains salés, ba  
alimentation, etc. C  
nous avons obtenu  
la plupart des rach  
la Villette. Voilà d  
de Parrot.

RACHITISME. — On a  
t explosion en Euro  
ne, décrit par Glisse  
t-il précédé la syph  
ie?

as d'argument posi

ar contre, nous don  
certain que, dans to  
ique et dans certain  
ilis marchent côte .

L'étude que nous po  
ys où ces maladies :

---

l succès ; il est bien au-

à l'exclusion l'une de l'autre et n'y a-t-il pas dans le gonisme avéré un argument contraire à la doctrine. Des publications anciennes et même récentes ne mentionnent qu'en Chine, au Japon, en Birmanie, etc., le rachitisme est très commun et le rachitisme inconnu. En Kerguelen, près le Dr Magitot, il en serait de même. Dans le Pacifique, d'après le Dr West, le même fait (fréquence de la syphilis, absence du rachitisme) serait notoire. Le rachitisme est commun dans tout l'extrême orient, important dans l'étiologie du rachitisme manqué. Je veux parler de l'allaitement artificiel, triste civilisation occidentale. En Chine, au Japon, et en Polynésie, en Kabylie, etc., les enfants indigènes soumis sans exception à l'allaitement maternel ne souffrent pas de rachitisme. Voilà pourquoi ils échappent tous au rachitisme. La syphilis héréditaire qui doit en frapper un grand nombre.

Il y a donc, dans la distribution géographique du rachitisme et de la syphilis, un argument de plus contre la théorie de Parrot.

Un autre argument nous est donné par la répartition sociale du rachitisme. On sait que, dans les grandes villes, la syphilis, très répandue, étend ses ravages à toutes les classes de la société ; les riches lui paient tribut comme les pauvres. Si la syphilis héréditaire était la cause du rachitisme, il devrait donc y avoir une certaine égalité dans la répartition sociale du rachitisme. Or, à Paris du moins, le rachitisme est chose rare chez les riches tandis qu'il est très commun chez les pauvres. Le fait est indéniable que le défenseur de la théorie de Parrot, M. Gidart, d'en affaiblir la portée par les commentaires suivants : « le rachitisme est rare chez les riches, c'est qu'ils ne soignent leur vérole ; s'il est commun chez les pauvres, c'est que ces derniers méconnaissent leur maladie et ne font rien pour la guérir, peu ou pas ». Sans doute les citoyens pauvres absorbés par la lutte pour la vie, sont plus enclins que les citoyens riches à la négligence et à l'incurie. Mais la syphilis n'est

et la profusion d'hôpitaux et de consultations permet à l'ouvrier parisien de faire aisément ce qui est nécessaire. D'ailleurs les manifestations tardives de la syphilis osseuse et viscérale nous paraissent d'inégalité de fréquence dans les deux sexes, ce que M. Gibert oppose l'une à l'autre au sujet de la cure de la syphilis.

ainsi que M. Cazin l'a vu dans les provinces françaises, ainsi que nous avons pu nous-même le constater dans les campagnes du Limousin, la syphilis est très rare chez les paysans ; et cependant le rachitisme est très fréquent chez eux ; il les frappe en raison directe de leur ignorance de l'hygiène infantile. Dans certains faubourgs encombrés d'immigrés, par exemple, où se donnent rendez-vous serrées de Belges, Italiens, Allemands, Alsaciens-Lorrains, etc., on peut encore constater la distribution comparée du rachitisme et de la syphilis dans le faubourg dont nous parlons constitue un type de rachitisme transplanté dans la grande ville, mais ne modifié par elle, conservant intacts les défauts et les qualités de la race et du milieu. La syphilis est extrêmement rare au sein de la classe pauvre, ignorante, misérable ; les unions précoces, la fécondité de la vie de famille nous expliquent la rareté de la syphilis. Au contraire le rachitisme sévit avec une extrême fréquence chez les pauvres gens et, dans l'espace de 4 ans 1/2, nous avons soigné plus de 600 rachitiques ; dans le même temps, c'est à peine si nous avons observé quelques cas de syphilis héréditaire. Ces chiffres ne suffisent-ils pas à ébranler la théorie de Parrot ? Mais pour détruire cette théorie, il faut étudier les conditions hygiéniques qui président au développement du rachitisme.

Il faut donc rechercher les causes réelles et efficaces du rachitisme.



tisme, se place l'alimentation vicieuse des nouvelles. Si le citadin riche échappe au rachitisme, c'est qu'il est éclairé sur les avantages de l'allaitement naturel et peut assurer à ses enfants les bienfaits de cet allaitement. Si le citadin pauvre paie un lourd tribut au rachitisme, c'est précisément parce qu'il se trouve dans des conditions défavorables. Si les paysans ne sont pas indemnes de rachitisme, c'est par une ignorance funeste qui les conduit à remédier à la dénaturation, à vicier l'allaitement par une alimentation vicieuse pour l'enfant en bas âge.

Il y a des variantes dans les infractions à l'hygiène alimentaire des nourrissons, comme on le verra dans les observations que nous allons transcrire. Tantôt l'enfant est allaité au sein, mais il reçoit un surcroît d'aliments qui vicient et annulent les effets de l'allaitement naturel : c'est du lait de vache donné directement ou au biberon, dans l'intervalle des tétées, pendant le jour ou pendant la nuit (allaitement mixte); ou bien c'est de la bouillie ou quelque chose de encore plus indigeste. Tantôt l'enfant est exposé à tous les dangers de l'allaitement artificiel dans les conditions les plus fâcheuses et malheureusement les plus communes à Paris (mauvais lait, mauvais coupages, biberons mal lavés, etc.). Parfois c'est un sevrage prématuré ou brutal qui vient troubler tout à coup et sans transition la nutrition d'un être fragile et accroître sa vulnérabilité. Dans quelques cas, rares d'ailleurs, un allaitement naturel exclusif se suffit pour devoir assurer l'enfant contre le rachitisme; mais les erreurs sont trop abondantes ou trop multipliées, suivies de régressions et d'indigestions incessantes ont fini par entraîner des accidents analogues à ceux qui relèvent d'une mauvaise alimentation. La mauvaise élaboration des meilleurs aliments doit en effet être incriminée au même titre que l'usage d'aliments défectueux.

OBS. II. — *Quatre enfants de la même famille nourris par leur mère. Les trois aînés ayant bénéficié d'un*

*ment exclusif jusqu'à l'âge de 12 mois, se portent bien et n'ont jamais été rachitiques. Le dernier, alimenté prématurément avec des bouillies et des panades, est seul rachitique. Parents sains, non syphilitiques (Mars 1886).*

V..., Auguste, âgé de 25 mois, nous a été conduit une première fois, il y a six mois, parce qu'il ne pouvait marcher, il a été soumis au traitement par les bains salés et le phosphate de chaux; il allait mieux et commençait à se tenir debout quand il a été retardé par une rougeole intercurrente. C'est un type de rachitique: les extrémités épiphysaires du poignet et de la jambe sont très grosses; les tibias et les os de l'avant-bras sont incurvés, l'enfant ne se tient pas debout. Sa poitrine, aplatie latéralement, offre le chapelet rachitique; son ventre est très volumineux. Il n'a jamais eu d'éruption durable sur le corps et l'examen attentif de ses régions fessières ne révèle pas la moindre tache, ni la moindre cicatrice. La dentition a laissé beaucoup à désirer; la première dent n'est sortie qu'à l'âge de 14 mois; aujourd'hui cependant il existe 20 dents blanches, régulières, sans incisures, sans érosions, le retard dans la sortie des dents a donc été le seul fait anormal. Il n'y a rien du côté des yeux, rien du côté des oreilles. D'où vient ce rachitisme, assez accusé pour entraver la marche d'un enfant de 25 mois? Les renseignements fournis par la mère sont très précis: l'enfant a été allaité par elle jusqu'à l'âge de 15 mois; mais, dès l'âge de 5 mois, il prenait des bouillies, des panades et du vin sucré. Il n'en faut pas davantage pour expliquer le rachitisme, d'autant plus que les trois filles aînées de la même femme, âgées de 10, 9 et 7 ans, n'ont jamais présenté le moindre indice de rachitisme et ont marché dès l'âge de 12 mois. Ces fillettes, en effet, mieux traitées que leur frère, étaient allaitées exclusivement au sein et n'ont pas reçu d'autre nourriture jusqu'à 12 ou 13 mois. En présence de ces renseignements précis et convaincants, faut-il aller chercher l'origine du rachitisme ailleurs que dans l'alimentation prématurée? Faut-il invoquer la syphilis héréditaire quand l'enfant n'en porte aucune empreinte, quand nous ne la retrouvons ni dans ses antécédents, ni dans ceux de ses parents?

En effet le père, âgé de 43 ans, est parfaitement sain; la mère est vigoureuse, n'a jamais été malade, n'a jamais fait de fausse couche et n'a perdu aucun enfant sur les quatre qu'elle a mis au monde. Cet exemple qui n'est pas isolé, on va le voir, témoigne donc en faveur de l'action pathogénique de l'alimentation prématurée des nourrissons.

OBS. III. — *Fille de 11 ans très rachitique. — Alimentation prématurée. — Deux sœurs nourries exclusivement au sein ont marché à 10 mois et ne sont pas devenues rachitiques. — Pas de syphilis héréditaire (Décembre 1885).*

D..., Marie, âgée de 11 ans, est une fille de petite taille, délicate, dyspeptique, portant encore les traces du rachitisme qui l'a sévèrement frappée dans sa première enfance. Le sternum est enfoncé entre les côtes saillantes à leur extrémité antérieure, la colonne vertébrale est déviée dans le sens latéral. Les nodosités épiphysaires, qui étaient énormes autrefois, n'existent plus actuellement; il en est de même des incurvations tibiales qui se sont redressées à la longue. Le front est resté proéminent et le ventre gros; l'estomac est dilaté; j'ai déjà dit que l'enfant était dyspeptique. Elle n'a eu sa première dent qu'à l'âge de 16 mois, elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 6 ans. Aujourd'hui ses dents sont belles et n'offrent aucune altération; sa peau est nette, indemne de toute cicatrice aux fesses comme ailleurs. La mère est une femme de 31 ans, bien portante, qui n'a jamais fait de maladie sérieuse; elle donnait le sein à son enfant, mais, jeune encore et primipare, se croyant trop faible pour faire les frais d'un allaitement exclusif et prolongé, elle eut recours, dès les premiers mois, aux soupes, aux panades et aux légumes. Des troubles digestifs ne tardèrent pas à survenir, le ventre prit un développement considérable et le rachitisme se déclara. Plus tard, cette femme eut 6 grossesses : 2 fausses couches, 2 enfants morts d'accidents cholériformes et 2 filles actuellement bien portantes, non rachitiques, ayant marché dès l'âge de 10 mois. Il est vrai que la mère les a nourries exclusivement au sein; l'aînée a 9 ans, la plus jeune a 19 mois. On voit que le rachitisme, qui a frappé l'aînée de cette famille, a épargné les autres enfants; l'alimentation prématurée remplacée par l'allaitement maternel exclusif, tel a été le moyen prophylactique. Nous avons examiné le père, âgé de 35 ans; cet homme, bien portant, ne présente pas plus que sa femme d'antécédents syphilitiques.

OBS. IV. — *Fille de 2 ans rachitique (allaitement artificiel). Un frère de 13 mois non rachitique (allaitement maternel). Pas de syphilis héréditaire.*

La jeune M..., Augustine, âgée de 2 ans, est atteinte d'un rachitisme bien caractérisé : elle n'a jamais marché et ne marche pas encore, les

épiphyses sont grosses, les diaphyses incurvées, il existe un chapelet costal et un ventre très volumineux.

Du côté des dents, on note les particularités suivantes ; éruption des premières dents retardée jusqu'à un an ; actuellement 16 dents assez belles, de forme, de volume et de couleur irréprochables, ne présentant, à leur bord libre, rien qui rappelle l'érosion dentaire. Du côté des fesses, pas trace de cicatrice ; l'enfant n'a jamais présenté d'éruption à ce niveau. La mère, âgée de 24 ans, est une femme grande et forte qui n'a jamais été malade ; le père, âgé de 28 ans, est également sain et n'offre aucun antécédent morbide suspect. D'où vient le rachitisme de cette fillette ?

L'origine n'en est pas douteuse ; nous apprenons qu'elle a été envoyée dans la Nièvre, dès sa naissance, pour y être nourrie au biberon ; elle en est revenue rachitique, cela n'a pas lieu de nous surprendre. Un fait de nature à nous montrer que c'est bien là qu'il faut placer la cause du rachitisme, c'est que le frère de notre rachitique, âgé de 13 mois, allaité au sein maternel, ne présente aucune trace de rachitisme.

Cette observation nous fournit donc une nouvelle preuve de l'influence considérable de l'allaitement artificiel dans la genèse du rachitisme ; deux enfants, issus du même père et de la même mère, ont eu un sort différent, parce qu'ils ont été soumis à une hygiène alimentaire différente.

(A suivre).

## L'ANESTHÉSIE LOCALE ET LA CAUTÉRISATION IGNÉE

### EMPLOI DU CHLORURE DE MÉTHYLE

Par M. le Dr **Bailly**, de Chambly (Oise).

La discrète mise en scène du thermo et du galvano-cautère amoindrit certainement, dans l'esprit du malade, l'appréhension du fer rouge ; mais la sensation douloureuse de la brûlure n'en persiste pas moins avec toute son acuité, en sorte qu'il faut, aux adultes, tout leur courage, pour subir la cautérisation ignée, et que, sans précaution préalable, elle devient chez l'enfant d'une application à peu près impossible.

Et cependant ses indications sont multiples, journalières, parfois pressantes.

Le médecin, soucieux d'une thérapeutique efficace, doit se résoudre, ou à infliger à son patient un surcroît de souffrance inutile, ou à pratiquer la cautérisation sous le chloroforme, ou enfin à recourir, entre ces deux extrémités, à un terme moyen : l'anesthésie locale.

Pourquoi celle-ci ne jouit-elle pas d'une égale faveur dans la cautérisation ignée et dans la chirurgie tranchante ?

L'emploi successif, ou presque simultané, de la réfrigération et de la cautérisation constituerait-il une sorte de paradoxe, satisfaisant mal aux données de la physiologie ou de la thérapeutique ?

Le bénéfice d'une cure par le feu devrait-il fatalement être acheté, au prix même de la douleur ?

L'expérience vient faire justice de ces considérations spéculatives et montrer l'inanité de conceptions surannées, d'inductions hasardées, de jugements portés a priori ; car, par de là les objections théoriques, il y a le fait brutal dominant le résultat acquis : la *guérison*.

Si l'anesthésie locale est souvent dédaignée, la faute en est autant aux agents anesthésiques, qui ne satisfont pas à tous les desiderata, qu'à l'usage intempestif ou mal réglé qui en a peut-être été fait.

Des diverses substances anesthésiantes actuellement en usage dans la pratique courante, le chlorhydrate de cocaïne, le mélange d'acide phénique et de cocaïne, l'éther lui-même, sont sans rapport avec notre sujet.

Restent le mélange réfrigérant de glace et de sel marin, la pulvérisation de bromure d'éthyle, le siphonage de chlorure de méthyle, applicables tous trois à la cautérisation ignée.

Le mélange d'Arnott (glace et sel) a, depuis 1850, subi tous les contrôles en France. On lui a reproché de produire une congélation mal mesurée, trop profonde ; de déterminer des eschares et d'amener une réaction inflammatoire trop vive. Il y a lieu d'ajouter le défaut d'étendue dans le champ de

l'anesthésie, la cuisson violente, pendant et après son application, sa préparation assez longue, la production trop lente de l'anesthésie elle-même. Néanmoins, il était demeuré jusqu'ici l'anesthésique préféré pour les cautérisations à pratiquer au voisinage des organes génitaux, de l'anus, de la bouche, du nez, des oreilles et des yeux ; mais gardera-t-il encore longtemps ce privilège ?

Le bromure d'éthyle, proposé par M. Terrillon, pare au défaut le plus grave de l'éther ; ses vapeurs ne paraissent pas inflammables, mais elles sont horriblement suffoquantes.

Lent à produire une anesthésie, même très limitée en surface, de trop courte durée pour permettre une cautérisation étendue et énergique, il exige, plus encore que la glace, la présence d'un aide. Mes expériences personnelles, assez nombreuses, m'ont conduit à lui préférer à tous égards, le *chlorure de méthyle*.

Cet agent a trouvé en M. Debove, sinon un inventeur, du moins un propagateur d'une persévérance qui n'a d'égale que le mérite de la substance anesthésiante elle-même ; car, aujourd'hui, tout le monde connaît, pour l'avoir vu ou expérimenté, le siphon de chlorure de méthyle, l'agent curateur des névralgies.

Essayé depuis plusieurs années en chirurgie, employé seulement dans les opérations sanglantes, il a eu des fortunes diverses ; tour à tour préconisé pour son pouvoir réfrigérant et rejeté pour l'exubérance, l'excès même de cette propriété, il a été finalement presque abandonné à la thérapeutique médicale.

Toutefois, à l'hôpital Saint-Louis qui, je crois, a été le berceau de son application, il n'a pas quitté et ne quitte pas la table de certains opérateurs. C'est en le voyant précéder l'application du galvano-cautère, entre les mains de M. Besnier, pour des cautérisations d'une très grande ténuité que nous avons eu l'idée, sans grand mérite, nous le reconnaissons, de l'employer couramment, comme agent d'anes-

thésie dans le traitement d'affections profondes réclamant une énergique révulsion.

Le succès a été si constant que nous demandons, à la Société de chirurgie, la permission de lui soumettre le résultat de nos expériences personnelles dans les principaux cas où nous nous en sommes servi depuis une année : nous ne donnerons d'ailleurs qu'un abrégé de nos observations ne voulant pas ici abuser d'un temps précieux.

**OBS. I. — Arthrite rhumatismale fongueuse du genou gauche.** — Clovis L... cultivateur, âgé de 42 ans, a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire subaigu.

En octobre 1885, il est frappé une première fois d'arthrite du genou gauche, suivie de guérison. Alité de nouveau, à la suite de grossières imprudences, le mal réapparaît avec des symptômes successifs graves : tuméfaction énorme, fongosités, rétraction de la jambe sur la cuisse, douleurs excessives, fièvre, etc... Cataplasme de Trousseau, vésicatoire pansement ouaté, ponction de l'articulation, cautérisations transcurrentes et ponctuées sous le chloroforme, ont été tour à tour mis en œuvre.

Les cautérisations devant être renouvelées, et me trouvant en présence d'un malade pour qui tout est sujet de crainte exagérée, qui crie, hurle, se met hors de lui-même et devient en quelque sorte inabordable, je propose l'anesthésie préalable avec le siphonage de chlorure de méthyle.

Le succès dépasse mon attente ; l'anesthésie est absolue, la souffrance annihilée, et dès lors, il devient possible de réitérer plus fréquemment les cautérisations qui le conduisent, à la fin de l'année dernière, à une guérison avec ankylose.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1887, ce malade ne souffrait plus, se levait, marchait avec des béquilles ; son état général était excellent.

Il a trouvé que la guérison avait été trop lente, qu'elle n'avait pas été radicale, et m'a remercié pour se mettre entre les mains de je ne sais quel empirique.

Trois mois après, sur les instances de sa famille, j'ai consenti à revoir ; je l'ai trouvé atteint d'une ostéite péri-articulaire grave, pour laquelle il est de nouveau en traitement.

**OBS. II. — Abscess colloïde sous-périosté du genou droit.** — Emile D..., âgé de 29 ans, atteint de claudication dès son enfance, e

entré, il y a cinq ans, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Périer. Son observation complète est rapportée dans la thèse du Dr Catuffe, ancien interne du service.

Abcès colloïde, sous-périosté, tel a été le diagnostic porté; l'extrémité supérieure du tibia en était le siège. Traité pendant dix mois, malgré la complication imprévue et grave d'une variole confluente, contractée pendant son séjour à l'hôpital, il a bénéficié d'une guérison apparente, de près de quatre ans.

Au mois d'août dernier, il a commencé à souffrir de nouveau; la marche est devenue pénible, difficile, douloureuse, impossible; le genou s'est tuméfié. Au niveau des condyles du fémur et des tubérosités latérales du tibia, se sont produites, en dehors et en dedans, des masses pâteuses, demi-fluctuantes sur lesquelles j'ai pratiqué de nombreuses cautérisations ignées, acceptées d'abord courageusement, sans anesthésie, puis pratiquées avec la pulvérisation de bromure d'éthyle, puis, enfin, avec le siphonage au chlorure de méthyle auquel la préférence a dû être définitivement réservée, les deux agents ayant été simultanément essayés sur chaque moitié du genou.

Actuellement tout gonflement et toute douleur ont disparu; mais le malade ne peut pas encore marcher. Il n'est jusqu'à ce jour, que très avantageusement amélioré.

OBS. III. — *Arthrite rhumatismale chronique*. — Mathilde M..., femme de chambre, âgée de 30 ans, atteinte d'arthrite rhumatismale du genou droit, a passé pendant six mois, par la série des moyens employés classiquement.

Les cautérisations ignées transcurrentes et ponctuées ont joué le rôle prépondérant. Elle ont été seules employées dans une rechute récente.

En premier lieu, je n'avais pas recours à l'anesthésie et je trouvais sans cesse de la résistance au traitement. L'anesthésie, ayant été employée, a toujours été dans la suite impérieusement exigée. Aujourd'hui, cette personne est complètement guérie, après un traitement intermittent de dix-huit mois.

OBS. IV. — *Arthrite rhumatismale aiguë*. — Madame V..., épicière, âgée de 29 ans, née de cultivateurs robustes et vigoureux, à qui le rhumatisme est inconnu, habite depuis quelques années une maison, et particulièrement une chambre à coucher, petite, mal aérée, d'une extrême humidité.



A la fin de l'année 1886, elle est atteinte de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, sans complication interne.

Dans la cinquième semaine, en pleine convalescence, elle fait une rechute sans avoir quitté le lit; plusieurs articulations sont de nouveau frappées, mais particulièrement celle du genou droit: chaud, luisant, tuméfié, douloureux, avec rétraction de la jambe sur la cuisse, etc., il est traité par le cataplasme de Trousseau, puis immobilisé dans un appareil silicaté après avoir été soumis à la cautérisation.

La malade, très craintive, d'une très grande exaltation de la sensibilité, a subi les pointes de feu, après anesthésie locale, sans que sa physiologie ait manifesté la moindre émotion. Elle est aujourd'hui complètement guérie.

**OBS. V. — Scrofulo-tuberculose osseuse multiple.** — Les conditions héréditaires de M<sup>lle</sup> Berthe G..., modiste, âgée de 22 ans, sont lamentables: père alcoolique et syphilitique, mort à 45 ans de phthisie aiguë; mère morte d'un kyste de l'ovaire, non opéré, de nature probablement cancéreuse.

Quatre de ses frères sont morts en bas âge; une sœur aînée, est la seule de la famille qui ait été jusqu'ici indemne de toute affection. Une seconde sœur plus jeune est coxalgique. Elle-même est un exemple de scrofulo-tuberculose à répétition: Mal de Pott de la région lombo-sacrée, traité et guéri par M. Cusco, de 5 à 8 ans.

Ostéite avec issue d'esquilles du tiers supérieur du fémur gauche (l'articulation étant restée indemne) à l'âge de 12 à 13 ans.

En octobre 1884, elle entre à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Sée, alors suppléé. Elle est atteinte d'une nouvelle ostéite du 5<sup>e</sup> métatarsien droit, dont le raclage est pratiqué sans amélioration sensible; l'ostéite persiste, une nouvelle poussée envahit les extrémités articulaires des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> métatarsiens du même pied; l'état général s'est aggravé. M. de St-Germain, consulté, propose l'amputation qui n'est pas acceptée. Le pied est alors immobilisé dans un appareil plâtré et pansé à l'iodoforme; ce médicament est aussi donné à l'intérieur, comme j'ai l'habitude de le faire pour tous les cas de scrofulo-tuberculose.

Peu à peu, les fistules dont la face dorsale du pied était le siège se ferment, mais il reste de la douleur, de l'empâtement au niveau des gaines synoviales du dos du pied.

Des pointes de feu sont alors appliquées, sans l'anesthésie d'abord, plus tard avec l'anesthésie que la malade réclame avec insistance, depuis

qu'elle en connaît les effets bienfaisants. Depuis un an, le pied est totalement guéri, comme l'avaient fait autrefois la colonne lombo-sacrée et le fémur; mais tout n'est pas fini, il semble que le mal n'a quitté les grands centres que pour frapper les extrémités.

En ce moment, chacun des trois doigts, index, médium et annulaire de la main droite, est atteint de spina-ventosa, et enfin la gaine synoviale des long abducteur et court extenseur du pouce de la même main est le siège d'un épanchement séreux, à grains riziformes, en voie de guérison, traité uniquement par les pointes de feu avec anesthésie méthylée.

OBS. VI. — *Scrofulo-tuberculose multiple*. — M. B... B... est un nouvel exemple de scrofulo-tuberculose en cascade, allant du centre à la périphérie.

Fils de boulangers de Paris qui ont tous deux (père et mère) l'apparence d'une bonne santé, il a été longtemps soigné et suivi par M. Trélat : coxalgique à l'âge de 3 ans, atteint d'abcès par congestion d'origine lombaire à 18 ans, d'hémoptysie et d'ostéite du pied gauche avec ablation du 5<sup>e</sup> métatarsien, à 22 ans, il vient à la campagne, en 1884, où bientôt je suis appelé à le traiter pour un gros abcès ganglionnaire cervical, incisé après anesthésie locale éthérée.

A l'éther, le malade a de beaucoup préféré l'anesthésie rapide et complète, au chlorure de méthyle, lorsque plus tard des fongosités douloureuses ont fait apparition au niveau du 1<sup>er</sup> métatarsien, plus tard encore, lorsque, à la suite de fatigue et d'écart de régime, il a été atteint d'inflammation des gaines synoviales de la face dorsale du même pied, avec empâtement, tuméfaction et douleur.

Traité par la cautérisation, il a également fait la comparaison du même traitement avec et sans anesthésie. Inutile de dire qu'il réclame le siphonage préalable.

Ce jeune homme, âgé de 29 ans, est actuellement dans un état de santé relativement satisfaisant.

OBS. VII. — A côté de ces observations, se rapportant à des affections diathésiques profondes et graves, je puis citer trois cas plus légers d'hydarthrose chronique traités par le fer rouge :

Le jeune C..., âgé de 12 ans.

La jeune L..., couturière, âgée de 15 ans.

La jeune A..., dévideuse en soie (celle-ci atteinte en outre de bourse pré-rotulienne), ont subi, sans sourciller, la cautérisation ignée avec anes-

thésie. Chaque fois ils s'en allaient en marchant immédiatement après l'opération.

Cette série de faits suffit, je pense, pour affirmer la valeur anesthésique du chlorure de méthyle, dans le cas particulier de la cautérisation ignée. Il me serait facile d'en ajouter une autre, non moins intéressante, mais qui s'adresserait mieux à une société médicale qu'à une réunion de chirurgiens ; comme, en définitive, mon mémoire a un objet déterminé, j'estime qu'il me sera permis de fournir des arguments, même tirés des choses de la médecine.

OBS. VIII. — Depuis quelques années, on a usé, et je pourrais dire abusé, de pointes de feu chez les phthisiques. Ce traitement, qui ne paraît guère cadrer avec les idées récemment introduites dans la pathogénie de la tuberculose, présente cependant des indications et donne des résultats qui en justifient pleinement l'emploi. Je l'ai, pour mon propre compte, appliqué avec bénéfice, pour les malades, lorsque j'ai eu besoin d'une révulsion énergique chez des tuberculeux atteints de bronchite, de congestion pulmonaire ou de pleurodynie. Depuis un an, j'ai donné des soins à seize phthisiques, et j'ai appliqué, à plusieurs reprises, des pointes de feu, à cinq d'entre eux, chaque fois après anesthésie préalable, toujours accueillie avec reconnaissance. Je n'ai pas ici à donner leurs observations.

A supposer qu'on doive considérer la cautérisation, comme d'une efficacité douteuse dans le traitement de la tuberculose, mais que, mû par un sentiment de commisération, ou dirigé par le désir du malade et de son entourage, ou subissant l'entraînement d'une thérapeutique en vogue, le médecin se décide à recourir au fer rouge, n'est-ce pas ici surtout le lieu, d'épargner au patient, une souffrance qu'on craint de lui imposer, sans profit, pour l'amélioration de sa santé?

Il me reste à donner quelques indications sur le *modus faciendi* de l'anesthésie locale, avant la cautérisation ignée, telle que je l'ai pratiquée, sans aide, à la campagne.

Je commence par amener, au rouge vif, un des cautères de Paquelin et, l'abandonnant quelques instants, je saisis le siphon de chlorure de méthyle de la main droite, tandis que, de la gauche, j'en ouvre les robinets ; le jet sifflant, plus ou moins modéré, est projeté sur la surface cutanée, et, en le déplaçant rapidement, on obtient, en deux ou trois secondes, la tache blanche indicatrice d'une réfrigération suffisante.

Ecartant alors le siphon refermé et, reprenant le cautère, j'y maintiens la chaleur en maniant la soufflerie de la main gauche, tandis que de la droite j'applique les pointes de feu ; j'ai devant moi douze à quinze se-

## L'ANESTHÉSIE LOCALE ET LA CAUTÉRISATION

condes, durant lesquelles l'anesthésie reste entière et paisiblement, suivant l'habitude qu'on en a, et suivant la profondeur qu'on veut leur donner, de 20 à 60 pointes surface moyenne de dix à vingt centimètres carrés.

Quand on veut cautériser une large surface, une épaule, un genou, la poitrine en avant et en arrière, on siphonne en plusieurs fois. Dans ce cas, cinq minutes, au plus, pour cette petite opération; il me paraît difficile de trop expéditif.

Au commencement du siphonage, les malades subissent un saisissement; ils ne savent dire s'ils ressentent une sensation de chaleur ou de froid; la rapidité de l'opération, l'insensibilité à laquelle qu'elle est aussi vite oubliée que perçue.

Il n'en est pas de même de la sensation de cuisson qui précède la réaction consécutive. Son intensité, toute subjective, est appréciée; sa durée est variable; elle dépend de l'impressionnabilité, de la finesse de la peau, du lieu d'élection, de l'usage du siphonage et de la cautérisation dont les deux actions se confondent. La douleur est absolument tolérable et ne peut pas entrer en compte avec la douleur produite par la cautérisation directe.

Pour l'atténuer, le siphonage ne doit pas être prolongé au-delà de trois secondes. Pratiqué plus longtemps, il provoque une coloration rouge bronzée, symptôme de l'érythème simple plus ou moins volumineuses, de véritables eschares.

C'est affaire à l'opérateur et non à la substance anesthésique.

En résumé, le chlorure de méthyle est l'agent anesthésique le plus énergique.

Il produit sur la surface cutanée une insensibilisation presque instantanée, qui peut être utilisée pour suspendre la cautérisation ignée.

L'intensité de son action réfrigérante, qu'on peut cependant limiter, mais surtout sa diffusion mal commode à limiter, en font l'usage dans la chirurgie tranchante.

J'indiquerai, dans un prochain mémoire, un nouveau mode d'emploi de cet anesthésique qui le rend utile non seulement dans le traitement des névralgies ou des douleurs de cautérisations ignées, mais qui permet de pratiquer les opérations par l'instrument tranchant.

## UN CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE CHEZ L'EN

## FORME SUBAIGUE — GUÉRISON

Par Marcel Baudouin, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le tétanos traumatique est une affection malheureuse encore assez commune chez les enfants, et si nous jugeons utile de publier l'observation suivante, recueillie il y a trois ans, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr Ollivier, c'est qu'elle nous paraît présenter sous divers points de vue un véritable intérêt. Les quelques particularités sur lesquelles nous aurons à insister, en analysant le cas, sont peut-être d'autant plus dignes d'attention qu'il s'agit d'un enfant. Nous signalerons principalement : la *cause* des accidents, la *bénignité* des symptômes suivie de la *guérison*; mais, avant de nous occuper davantage sur ces différents points, relatons d'abord l'observation :

OBSERVATION. — Le 8 août 1884, Ernest L..., âgé de 8 ans, habitant à Vanves, se présente à la consultation supplémentaire de M. le Dr Ollivier, accompagné par sa mère, qui fournit les renseignements suivants sur le petit malade :

*Antécédents héréditaires.* — Le père, âgé de 38 ans, jouit d'une bonne santé. Il est *cousin germain* de la mère; il n'a jamais présenté le moindre phénomène du côté du système nerveux.

La mère a 32 ans. Elle n'a point eu, dans son enfance, d'attaques d'épilepsie. Mariée à 16 ans, elle a eu d'abord 2 enfants sans le moindre incident; mais pendant la troisième grossesse, elle a été deux mois et demi sans travail. Il lui est impossible de dire ce qu'elle eut à cette époque. A la quatrième grossesse, au bout de 8 mois seulement, 9 jours après une écoulement lent, elle accoucha de deux jumeaux. Pendant les deux mois qui suivirent, elle resta très affaiblie et ne se rétablit qu'à la longue. Puis elle reprit son travail, des *crises nerveuses* apparurent, caractérisées par des spasmes musculaires intenses, sans perte de connaissance. Elles durèrent pendant trois ans, mais à l'heure actuelle, elles ont complètement disparu.

## TÉTANOS TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT

me remarqua, à cette époque, que les crises  
id elle plongeait les mains dans l'eau.

1<sup>er</sup> jumeau se porte bien ; 2<sup>e</sup> le second est mort en naissant ; 3<sup>e</sup> le premier jumeau du quatrième accouchement est mort de convulsions au bout de six semaines ; 5<sup>e</sup> le deuxième jumeau du quatrième accouchement.

Personnels. — Le *malade*, élevé au biberon, a six mois : ces convulsions furent très fortes.

À l'âge de trois ans, il en a présenté de tenues, *rougeole* régulière. Il y a quelques autres affections. Depuis deux mois environ, il se plaignait de *douleurs* dans le dos, lorsque survint le *tétanos*.

Incidents. — Il y a trois semaines, c'est-à-dire il y a une très petite *plaie* au *genou droit* en grattant, qui ne prit pas garde. — Au bout d'une dizaine de jours, une *fièvre* appréciable (contagion (1) ou froid, etc.) survint.

*Vomissements*. Ces derniers persistèrent pendant quelques jours. La *fièvre* fut assez forte les deux soirs qui suivirent, le *malade* se plaignait de *douleurs* aux *bras* et devint difficile à ouvrir et la *raideur* tenait peu à peu. Dans la nuit du 29 au 30, l'enfant fut pris d'un *accès convulsif* sans perte de connaissance, se mordit la langue. Le jour suivant (30), nous le vîmes ; mais dans leur intervalle la *raideur* du cou augmenta.

La mère remarqua alors que l'enfant était vraiment les mâchoires très serrées et que les muscles du cou étaient pris en même temps.

Ensuite, l'état s'aggrava : le *malade* ne mange plus, l'appétit. La déglutition des liquides devenant

difficile, il refuse parfois de boire, ou, s'il essaye, les muscles du pharynx se contractent et les boissons sont rejetées aussitôt, sinon en totalité.

---

(1) Nous nous rappelons parfaitement avoir demandé à la mère du *malade* il y a 3 ans, si l'enfant avait été en rapport avec des *tétaniques* ; nous vîmes d'assister à une petite épidémie de *tétanos* à l'hôpital de Nantes. On ne doutait déjà d'ailleurs de la contagion probable du *tétanos*. — Bien entendu nous n'avons pas eu, à cette époque, l'idée de songer à l'influence possible du cheval. (Théorie de M. le P<sup>r</sup> Verneuil).

du moins en partie. Pendant toute cette période, il y eut une *constipation* légère. Pendant la première semaine d'août, les contractures demeurèrent permanentes, mais les accès convulsifs n'augmentèrent ni en intensité ni en fréquence. La fièvre persista légère. Insomnie. Le malade se leva cependant tous les jours.

*État actuel.* — Le 8 août, le malade présente l'état suivant :

*Tête.* — Aspect bizarre de la physionomie : le front est ridé, les sourcils contractés, les paupières froncées, ce qui donne à la figure une expression de chagrin et de tristesse très marquée. Les yeux sont immobiles, mais pas de strabisme. Les lèvres sont légèrement écartées, les narines ouvertes. La parole est difficile ; la mâchoire inférieure ne s'abaisse que difficilement. La langue est saignante sur les côtés, suite de morsures survenues pendant le dernier paroxysme. La tête est immobile sur le tronc et légèrement inclinée en avant. Raideur et gêne à la nuque accentuées.

*Cou.* — Le *cou* est le siège d'une douleur assez vive qu'augmente la pression. On sent nettement sous la peau les deux muscles du sterno-cléido-mastoïdien tendues comme deux cordes. Toutefois, l'enfant peut relever la tête et la porte encore assez loin en arrière ; ce mouvement est douloureux.

*Tronc.* — Tous les muscles du tronc sont contracturés, le deltoïde et le grand pectoral surtout. Le ventre est aplati : les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen sont aussi *durs* que du bois. La masse sacrolombaire est des plus résistantes.

*Membres.* — Aux membres, la contracture paraît moins marquée, mais existe ; les muscles n'y forment aucune saillie dure ; les mouvements sont simplement gênés. Les membres *supérieurs* surtout ne sont atteints que très légèrement. — Par contre, la marche est difficile. Le corps semble se déplacer tout d'une pièce : le tronc et la tête sont comme soudés entre eux, et l'enfant s'avance la tête penchée en avant. Les articulations des deux genoux paraissent comme ankylosées, et c'est à peine si on peut provoquer un léger degré de flexion de la jointure. Le *membre inférieur* est projeté en avant en décrivant un arc de cercle en dehors. Petite plaie du genou droit à droite de la rotule ; elle ne présente rien de particulier. On ne fait pas de pansement antiseptique.

L'intelligence est nette. Pas de troubles respiratoires. Etat général assez bon, malgré le peu de nourriture pris par l'enfant depuis une dizaine de jours (aliments liquides seulement, les solides ne pouvant être avalés qu'avec les plus grandes difficultés). Rien dans les urines ; pas de dosage

de l'urée. Traitement : Potion avec : Eau, 120 gr. ; chloral, 5 gr. ; sirop d'écorces d'oranges amères, 30 gr. On ordonne pour commencer 0 gr. 50 par jour de chloral.

L'enfant retourne chez lui ; la mère revint de temps en temps consulter M. Ollivier. Voici l'histoire de sa maladie :

9 août. La nuit a été meilleure que les nuits précédentes, mais la contracture a un peu augmenté dans les muscles déjà pris. Les liquides sont déglutis avec autant de difficulté. L'enfant peut se lever. En dehors des accès, à diverses reprises, le malade a *craché une assez grande quantité de sang* la veille et, cependant, la langue n'a pas été mordue. Trois ou quatre paroxysmes pendant la nuit du 8 au 9, sans perte de connaissance, avec spasmes dans les membres, sensation de constriction pharyngée. Traitement : On insiste sur le séjour au lit et recommande de continuer le chloral à la même dose.

Le 11. La mère revient ce matin à la consultation et montre un *éclat de bois* qu'elle a retiré le 10 de la plaie du genou droit, en faisant le pansement. Cet éclat de bois, un peu plus gros qu'une allumette, est moins long, mais acéré à ses deux extrémités. L'enfant va mieux, a pu manger dans la journée d'hier, et n'a eu qu'une crise dans la dernière nuit. La plaie du genou ne présente rien de spécial, elle est presque cicatrisée ; chloral : 0,75 centigr.

Le 13. Le matin, état meilleur. A midi, *éruption exanthématique* qui dura une demi-heure, puis fit place à un *accès de fièvre* qui persista toute l'après-midi. L'enfant s'endormit et resta calme. On fit supprimer le chloral, pensant qu'il était cause de l'éruption, la mère ne pouvant préciser la dose de médicament qui a été absorbée.

Le 14. Nuit bonne ; la fièvre diminue ; déglutition encore difficile ; les arcades dentaires sont toujours serrées : pendant 2 ou 3 heures de cette journée, trismus plus marqué suivi d'une période de calme pendant laquelle la malade demande à manger et à boire. Cependant, dans la nuit, quelques *accès convulsifs* ; la contracture des muscles du dos ne diminue presque pas ; même degré d'opisthotonos. Température maxillaire, 38° 7.

Le 15. Plus de trismus et la déglutition est possible ; l'enfant a bien mangé ; moins d'opisthotonos. L'éruption a complètement disparu. Chloral à nouveau : 0,75 centigr. par jour.

Le 18. La contracture a en général diminué. La figure n'est plus aussi étrange, quoique les muscles sourciliers et les autres muscles de la face soient encore un peu atteints. L'orbiculaire des lèvres semble le



plus contracturé. Les muscles du thorax, de l'abdomen, les sterno-cléido-mastoïdiens sont encore durs. Les muscles des membres sont assez souples. La marche est toujours aussi gênée, malgré la raideur moindre des jambes. Quand le malade veut s'accroupir, il ne le fait qu'avec difficulté et en prenant un point d'appui sur les objets qui l'entourent. Il se relève comme sous l'action d'un ressort. Mais, après une première tentative faite pour s'accroupir, il accomplit cet acte plus facilement. Quand il urine, il a des douleurs dans les jambes et dans le dos, ce qui tient probablement à l'écartement des jambes qu'il est obligé de faire pour se mettre sur le vase.

L'éruption ne s'est point montrée de nouveau. Le chloral, au lieu de 0.75 centigr., est donné à la dose de 1 gr.

Le 21. Les accès convulsifs ont cessé complètement. — Les muscles du tronc sont presque revenus à leur état normal.

Le 23. Etat très amélioré. L'enfant mange bien et reprend ses jeux. Sa physionomie est presque souriante. Il n'y a plus de contracture à la face. Toutefois la mère a remarqué que les muscles de la mâchoire inférieure se prennent légèrement et se contractent convulsivement lorsque le malade est sur le point de bâiller. A cet instant, il semble se raidir. Chloral, 0,50 centigr.

Le 25. L'amélioration continue. *Nouvel érythème* léger dans la journée du 24. La marche est encore peu sûre. Contracture légère des membres inférieurs. T. ax., 38°.

Bromure de potassium. 0.50 par jour.

Le 31. L'enfant ouvre bien la bouche. Plus de contracture à la face, mais le front est encore légèrement ridé. La marche est redevenue normale; la raideur des muscles de la paroi abdominale n'existe plus. On continue le bromure de potassium.

Nous ne revoyons le malade que le 10 octobre. L'état général est très satisfaisant; on peut considérer l'enfant comme absolument guéri. D'ailleurs, il prétend qu'il ne ressent plus rien depuis les premiers jours du mois de septembre.

On le voit, cette observation n'est pas dénuée d'intérêt et mérite certainement qu'on en fasse ressortir les principales particularités.

Tout d'abord, on remarquera qu'il s'agit d'un cas de tétanos généralisé dont le début survint, comme c'est la règle, une dizaine de jours après le traumatisme, mais qui, dès le com-

senta la *marche* d'une affection subaiguë. Il ne vint consulter que dix jours après l'apparition de la raideur des mâchoires, et pendant cet espace de temps ne quitta pas le lit. Cette allure du tétanos surprit les parents. On nous donna une précieuse indication au point de vue pronostic : on a dit que 96 fois sur cent il y avait mort, dans le tétanos chirurgical, quand les accidents surviennent dans les dix premiers jours. Cet exemple ne nous est pas vrai, à l'encontre de cette statistique, mais nous trouvons cependant utile d'insister sur cette exception : à savoir que plus cette maladie se prolonge, plus les chances de guérir. Ce fait en est une preuve ; il rassura les parents dès le premier jour, tout en nous rassurant nous-mêmes. Notons encore ceci : ce ne fut qu'un mois et quelques jours que les symptômes persistèrent complètement. Il est assez rare d'observer une durée aussi longue.

Enfin, pour ce qui concerne la symptomatologie, rappelons que la température s'éleva irrégulièrement d'ailleurs, à été chaque fois plus élevée que le taux normal ; même le 25 août, 38° dans l'aisselle ; cette hyperthermie a été rapportée avec la fièvre notée dès le début plusieurs fois. Les contractions musculaires, peu intenses chez cet enfant, nous ne voulons pas insister sur un fait mineur ; il a pourtant son intérêt (en raison de la rareté de l'hémoptysie), si l'on admet qu'il est sous la dépendance des troubles circulatoires. Nous voulons parler de l'hémoptysie survenue pendant la journée du 8 août, en dehors des crises convulsives qui se produisirent à diverses reprises. Les renseignements que la mère a fournis sur la quantité de sang expectoré, sur la nature de ce sang, nous laissent dans le doute, sinon sur l'existence réelle de cette hémoptysie, du moins sur son importance. Comme une complication pas indiquée par les auteurs classiques dans les tétanos analogues, nous croyons inutile de nous en occuper davantage. Cette simple mention est suffisante.

pour l'instant ; il serait prétentieux de chercher l'explication d'un fait exceptionnel que nous n'avons pas personnellement constaté.

Aujourd'hui deux théories bien connues constituent la partie principale du chapitre *pathogénie* du tétanos traumatique, le seul dont nous voulons parler. Les uns croient à une maladie infectieuse, à une intoxication générale de l'économie par un virus, ou plutôt par un *microbe spécifique*, lequel d'ailleurs, on peut le dire, n'est que très peu connu à l'heure actuelle. Les autres pensent que le tétanos reconnaît une cause purement nerveuse, une *irritation* quelconque, partie d'un point quelconque du système nerveux (cause mécanique, cas de Dupuytren (1), etc., et même le froid). Que nous enseigne le cas précédent à ce point de vue ?

Il y avait plaie au genou droit ; cette plaie était petite, simple en apparence, si insignifiante même, qu'on l'aurait prise à un examen superficiel pour une simple éraflure de la peau, causée par une branche de l'arbre où l'enfant grimpa. Elle fut regardée, malgré son peu d'importance, comme le point de départ des accidents. Il est vrai qu'il était très difficile de se rendre autrement un compte suffisant de l'apparition du tétanos chez cet enfant. Le sujet n'accusait aucune impression de froid avant le début de sa maladie : il n'avait pas été personnellement en relation avec un tétanique et n'avait pu être contagionné par un autre malade. Du moins c'est l'idée qu'on se fit après un interrogatoire soigné. Jusqu'au moment où la mère de l'enfant retira de la plaie du genou en bonne voie de cicatrisation l'éclat de bois, — ce qui fut un trait de lumière, — on ne sut à quelle cause attribuer la complication. Qui plus est, après cela, on vit le mieux se manifester. L'hésitation n'était plus dès lors permise. Evidemment, il s'agissait d'un cas analogue à d'autres

---

(1) Aujourd'hui, depuis les travaux de M. Verneuil, on hésiterait peut-être à placer dans cette catégorie (tétanos de cause *uniquement* nerveuse) le cas de Dupuytren. La mèche de fouet, encastrée dans l'épaisseur du nerf cubital, servit, pourrait-on dire, d'intermédiaire entre le cheval et l'homme.

bien connus, rapportés par divers auteurs ; on avait affaire à un tétanos dû à un corps étranger. Ce qui le prouve encore, c'est la guérison, c'est l'allure subaiguë de la maladie dont les symptômes, à partir de l'extraction de l'éclat de bois, s'atténuèrent peu à peu. On n'ignore pas, d'ailleurs, que les cas de ce genre sont les moins graves et qu'ils guérissent assez souvent.

Malgré tous ces raisonnements, nous ne dissimulons pas qu'il nous en coûte de renoncer à l'intervention d'un microbe pathogène chez notre malade. Nos lectures (1), nos souvenirs hospitaliers nous ont trop inculqué l'idée d'une intervention microbienne dans le tétanos traumatique pour que ce cas ne vienne pas jeter quelque trouble dans notre esprit. Nous nous rappelons trop certaine épidémie de la clinique chirurgicale à l'hôpital de Nantes et celle toute récente de l'hôpital des Enfants-Malades (2) pour ne pas être convaincu de l'influence de la contagion et partant de la nature infectieuse du tétanos. Pourtant dans ce cas, *cliniquement* parlant, une intoxication nous paraît impossible à admettre (on peut toujours supposer que notre interrogatoire a été insuffisant et que les renseignements ont été fournis d'une façon incomplète) (3). Ne voyons-nous pas les

---

(1) Entre autres, parmi les récentes, la communication de M. BROWN (d'Elmira) sur l'*Étiologie du tétanos* au Neuvième Congrès international des sciences médicales de Washington, séance du jeudi 8 sept. 1887, in *Progr. méd.*, n° 42, 15 oct. 1887.— BONOME. *Étiologie du tétanos*, in *Congrès de l'Association médicale italienne* à Pavie, sept. 1887.— VERNEUIL. *De la non existence du tétanos spontané*, in *C. R. Ac. des sc.*, séance du 3 oct. 1887.— SHAKEPERE (de Philadelphie). *Nature infectieuse du tétanos traumatique* (expériences très intéressantes et paraissant assez probantes, in *British medical Journal*, 1<sup>er</sup> octobre 1887, n° 1396, p. 713, analysées in *Rev. Scient.* 15 oct. 1886, et traduites presque *in extenso* in *Progrès médical*, n° 43, 22 octobre 1887). Voyez aussi : VERNEUIL. *Études sur la Pathogénie du tétanos*, in *Revue de chirurgie* n° 10, 10 octobre 1887.

(2) JACQUINOT. *Relation d'une épidémie de tétanos à l'hôpital des Enfants-Malades*, in *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1887.

(3) On pourrait faire toutes les suppositions possibles : Des chevaux ont pu se frotter contre l'arbre où grimpa l'enfant, etc., etc., voir travaux de M. le Pr Verneuil.

symptômes s'amender après l'extraction de l'éc. C'est le cas, pensons-nous, de renverser l'adage *causâ, tollitur effectus*, et de dire : *S'il n'y a c'est qu'il n'y a plus de cause* ». Nous reconnaitons volontiers qu'admettre un tétanos d'origine nerveuse. MM. Vaslin, Balestreri (1) et bien d'autres, ont éclairci en quoi que ce soit l'étiologie du tétanos que nous avons voulu surtout montrer, c'est que dans ce cas la contagion et le refroidissement ne pouvaient être mis en cause.

Nous ne dirons rien de l'influence du traitement chloral. Nous avons eu affaire à un tétanos de nature spéciale, d'allure particulière, à symptômes assez différents d'un cas dans lequel la cause a disparu au bout d'un temps, dans lequel le chloral a été administré à doses relativement faibles. L'éruption chloralée ne présente rien de chose, à savoir qu'une fois peut être, et par hasard, elle a été plus forte. D'ailleurs les éruptions chloralées sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes lorsqu'il s'agit de l'administration de très petites doses de ce médicament. La guérison, pour nous, est en grande partie l'évolution de la maladie et l'extraction de l'éc. plutôt qu'avec la nature du traitement employé.

## REVUES DIVERSES

**Ueber Folliculitis abscedens Infantum. (De la folliculite abscedente chez les enfants),** par le Dr C. LONGARD. (*Archiv für Kinderheilkunde*, T. VIII. Fasc. V).

L'auteur décrit sous le nom de « folliculitis abscedens » une inflammation infectieuse du tissu cellulaire sous-cutané, qui se débute dans les glandes sudoripares, dont la marche est d'abord insidieuse, caractérisée par une suppuration ab-

(1) *Deuxième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1886.

s'observe particulièrement chez les enfants chétifs, mal nourris, durant les premiers mois de la vie. Le processus a été diversement dénommé, c'est ainsi qu'on le trouve désigné sous le nom de : inflammation du tissu cellulaire (Billard, Bednar), dermatite folliculaire (Steiner) ou phlegmoneuse (Baginsky), phlegmon circonscrit du tissu cellulaire sous-cutané (Bohn), furoncle atonique (Alibert).

Il est facile de distinguer le furoncle des adultes de la folliculite infantile ou furunculus atonicus suivant Alibert. Dans le furoncle, la peau qui recouvre le foyer inflammatoire est fortement tendue, conique, d'un rouge vif et nullement mobile ; en outre le processus s'accompagne d'une douleur très vive. Lorsqu'il s'agit au contraire d'une folliculite, la peau est modérément tendue, sa coloration normale, elle ne se termine plus en cône, elle n'est que légèrement proéminente, la douleur est très peu intense et la marche du processus lente et insidieuse.

La folliculite infantile peut envahir toutes les portions du corps peu riches en tissu adipeux, mais son siège de prédilection est par ordre de fréquence la tête, la nuque, le voisinage de l'anus, la face postérieure des cuisses, plus rarement le thorax et l'abdomen. Le contenu des abcès se compose d'un pus épais, crémeux, mélangé avec du sang et dépourvu de tissus nécrosés, ce qui les différencie encore du furoncle des adultes.

Le pronostic peu grave chez les enfants vigoureux et soumis à un traitement convenable, doit être plus réservé lorsqu'on a affaire à des enfants chétifs, mal soignés, atteints d'un catarrhe gastro-intestinal.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier au point de vue bactériologique 9 cas de folliculite infantile. Les essais de culture et l'expérimentation sur des animaux lui ont nettement prouvé que le pus des abcès renfermait quatre fois le staphylococcus pyogenes albus seul, et cinq fois associé au staphylococcus pyogenes aureus. Se basant sur la présence constante de ces micro-organismes dans l'abcès folliculaire et sur la symptomatologie particulière de la maladie que nous avons résumée plus haut, l'auteur considère la folliculite suppurative des enfants comme une forme de maladie spéciale, sui generis, indépendante d'autres processus constitutionnels (pyohémie, syphilis, tuberculose, scrofulose) qui ont avec elle certains points de ressemblance.

Suivant l'auteur, l'infection se produirait directement par l'intermédiaire des langes et des objets d'habillement sur lesquels il a pu constater la présence des staphylocoques. Ces micro-organismes disséminés sur la surface cutanée pénétreraient par le conduit excréteur des glandes sudoripares jusque dans le glomérule sécréteur de ces dernières, où ils provo-

queraient une suppuration qui finalement envahit le tissu périfolliculaire. En effet, la membrane cellulaire qui entoure les glandes sudoripares contient un nombre considérable de staphylocoques.

Cette étiologie de la folliculite suppurative met sur la voie du traitement le plus rationnel. La prophylaxie consiste dans une propreté minutieuse des enfants et de leurs vêtements. Lorsque les abcès sont formés, il importe de les inciser de bonne heure et énergiquement, puis de faire prendre aux malades chaque jour plusieurs bains de sublimé (1 gr. par bain).

---

**Ueber Noma. (Du noma),** par le Dr N. WORONICHIN. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1887. T. XXVI. Fasc. II.)

L'auteur passe d'abord rapidement en revue toutes les théories qui ont été successivement émises sur la pathogénie du noma, processus particulier, qui s'observe le plus fréquemment au niveau des joues, plus rarement sur d'autres régions du corps, par exemple les organes génitaux. Les conclusions que l'auteur tire de son aperçu historique sont les suivantes : Nous ne connaissons pas encore les véritables causes du noma, tout ce que nous pouvons affirmer c'est qu'il s'agit d'une maladie à peu près spéciale à l'enfance, qui s'observe de préférence chez les enfants atteints d'affections graves, telles que les exanthèmes aigus, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la pneumonie.

La localisation du processus sur la muqueuse des joues et dans l'immense majorité des cas sur une moitié seulement de la face, est déterminée par une influence nerveuse. L'auteur s'efforce de confirmer cette vue de l'esprit par l'expérimentation. Il enlève sur un chien un fragment de 1 centim. et demi du nerf sous-orbitaire, et au bout de 6 jours il voit survenir une ulcération sur la lèvre correspondante. Ces ulcérations seraient, suivant l'auteur le résultat des traumatismes successifs exercés sur la région devenue anesthésiée. Dans les cas de noma, cette action mécanique serait produite par les dents. Cette manière de voir semble conforme à l'expérience suivante pratiquée par l'auteur. Il prend un lapin et lui enlève un fragment volumineux du nerf sus-maxillaire. Anesthésie de la lèvre supérieure et au bout de 2 jours, apparition à ce niveau d'une ulcération qui guérit avec le retour de la sensibilité.

L'auteur rapporte ensuite minutieusement tous les cas de noma qui ont été observés à l'hôpital Elisabeth pendant un espace de 17 années, du 9 mars 1870 au 1<sup>er</sup> octobre 1886. Les cas de noma observés par l'auteur s'élèvent au chiffre de 46. Ils se décomposent de la façon suivante : 22 pour

8,286 malades soignés à l'hôpital (par conséquent 1 sur 376) et 24 pour 207,259 malades ambulants (par conséquent 1 sur 8,635).

Relativement aux maladies qui ont provoqué l'apparition du noma, l'auteur cite, en première ligne la rougeole (avec 8 observations), puis viennent par ordre de fréquence la scarlatine (4 cas), la coqueluche compliquée de pneumonie (3 cas), la pneumonie (3 cas), la fièvre typhoïde (2 cas), la pneumonie catarrhale et l'entérocolite chronique (2 cas) ; le catarrhe intestinal avec atrophie (2 cas) ; puis l'entérocolite chronique, la pleuro-pneumonie, la stomatite ulcéreuse, la colite, l'ecthyma cachectique, l'inanition et enfin la vulvite diphthéritique (1 cas).

Pour ce qui concerne les influences saisonnières, il résulte du grand nombre d'observations de l'auteur, que le noma s'observe avec la plus grande fréquence en hiver et au printemps, que sa plus grande rareté correspond au contraire aux mois de l'automne.

Relativement à l'état social des malades, les chiffres de l'auteur montrent que ce sont les enfants des soldats et des paysans qui fournissent le plus gros contingent à la maladie.

Le noma a pour siège de prédilection la joue droite (13 cas pour la joue droite ; 7 pour la joue gauche).

Dans la plupart des cas, le noma est survenu dans le cours de la troisième année (12 cas). Le malade le plus jeune était âgé d'un an.

Relativement au sexe, il résulte que le noma s'observe avec le plus de fréquence chez les filles (27 cas pour les filles ; 19 pour les garçons).

Sur les 23 cas qui ont été traités à l'hôpital, la guérison n'a été observée que 3 fois.

---

**Gastritis gravis acuta im frühen Kindesalter.** (De la gastrite aiguë, à forme grave, dans la première enfance), par le Dr SEIBERT. (*Jahrbuch f. Kinderk.*, 1887, T. XXVI. Fasc. 3 et 4.)

L'auteur rapporte 3 observations de gastrite aiguë, fébrile.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, il s'agit d'un enfant âgé de 11 mois, ordinairement bien portant, qui fut pris subitement, après une nuit un peu agitée, de vomissements, avec fièvre très vive (40,4), accélération du pouls et des mouvements de la respiration. Les accidents ne cessèrent que lorsqu'on eut retiré l'enfant à la nourrice qui avait bu l'avant-veille une bière de mauvaise qualité.

Le 2<sup>e</sup> cas concerne une petite fillette âgée de 4 mois, nourrie au sein par sa mère, qui présente tout d'un coup un frisson très intense, avec fièvre élevée sans convulsions. Lorsque l'auteur vit cette enfant le 8<sup>e</sup> jour



de sa maladie, le thermomètre marquait 40°, la région épigastrique était ballonnée et douloureuse, mais la rate ne paraissait pas volumineuse ; enfin les selles étaient fréquentes, muqueuses comme dans la dyspepsie aiguë. Cette symptomatologie ne répondait guère à une fièvre typhoïde ; la marche de la maladie, l'absence du gonflement de la rate, des taches lenticulaires, du gargouillement, iléo-cœcal, etc., éloignèrent toute idée de cette maladie. L'auteur songea donc à une gastrite aiguë ; il recommanda de sevrer l'enfant, de lui appliquer sur l'estomac des compresses froides, de pratiquer des irrigations intestinales froides et dès le lendemain la température était notablement abaissée. Lorsqu'au bout de plusieurs jours l'enfant reprit le sein de la mère, il y eut un retour des mêmes accidents. Ceux-ci ne cessèrent qu'après un nouveau sevrage.

3° cas. A la suite d'un copieux repas (veau et gâteaux), un petit garçon âgé de 14 mois, est pris subitement de vomissements répétés avec une fièvre vive et des mouvements convulsifs. La rate n'est pas augmentée de volume, mais l'épigastre notablement tuméfié est le siège d'une douleur assez intense. Pas de somnolence. Pupilles normales. Traitement : Huile de ricin ; compresses froides, bouillons, cognac étendu et thé. Le 4° jour de la maladie apparition d'un rhumatisme articulaire aigu qui s'améliora très rapidement sous l'influence du salicylate de soude. Les jours suivants la fièvre présenta un type intermittent très net et au bout de quelques jours la rate fut trouvée notablement tuméfiée. Sous l'influence du sulfate de quinine qui fut administré par la voie rectale à cause des vomissements, la fièvre s'amenda au bout de peu de temps. Durant tout le cours de la maladie et jusqu'au moment de la mort qui survint au bout de 5 semaines, l'enfant ne cessa de vomir ses aliments ; les vomissements survenaient le plus souvent de 1 h. 1/2 à 2 heures après les repas.

Au début de la maladie le diagnostic était incertain entre une méningite épidémique et une gastrite aiguë ; mais les symptômes cérébraux venant à cesser tandis que la fièvre persistait avec toute son intensité, la seconde supposition devint de plus en plus vraisemblable. A l'ouverture du crâne, on ne trouva du reste aucune trace d'inflammation des méninges, mais un œdème cérébral très abondant.

Le rhumatisme articulaire aigu qui survint le 4° jour de la maladie, constitue, suivant l'auteur, une complication très intéressante, à cause de son peu de fréquence dans le cours de la première année. Les mêmes remarques peuvent s'appliquer à la fièvre intermittente.

Relativement au traitement de la gastrite aiguë, fébrile, l'auteur recommande avant tout d'éloigner la cause de la maladie. Celle-ci con-

siste toujours dans un vice d'alimentation. L'auteur insiste longuement sur l'absolue nécessité d'une diète sévère. Les antipyrétiques sont inutiles, le sulfate de quinine peut même être très nuisible. A une période avancée de la maladie, la pepsine et l'acide chlorhydrique peuvent donner de très bons résultats.

---

**Naphthalin bei Darmaffectionen der Kinder.** (La naphthaline dans les affections intestinales chez les enfants), par le Dr J. WIDOWITZ. (*Jahrb. für Kinderheilk.* 1887, T. XXVI. Fasc. 3 et 4.)

L'auteur a administré la naphthaline à un grand nombre d'enfants atteints de diverses affections intestinales. Les résultats qu'il a obtenus au moyen de cet agent ont été des plus favorables dans la majorité des cas. La naphthaline n'a donné des résultats nuls que dans les cas de dyspepsie proprement dite, avec selles vertes et vomissements répétés de lait caillé; mais dans toutes les autres variétés de catarrhes intestinaux son action a été telle qu'on doit la préférer à tous les autres médicaments habituellement administrés. Dans certains cas, tels que les diarrhées aiguës simples, il est utile de lui associer les préparations opiacées. Chez les malades atteints de tuberculose intestinale ou d'une atrophie profonde de la muqueuse de l'intestin, la naphthaline a eu pour résultat de diminuer, dans des proportions notables, les douleurs intestinales. Dans un cas d'entérite folliculaire chronique, des doses considérables de naphthaline amenèrent rapidement une guérison qui avait été demandée en vain aux autres médicaments habituellement administrés.

L'auteur a progressivement élevé la dose de naphthaline à 1 gramme pour les vingt-quatre heures; dans le cas d'entérite folliculaire chronique déjà cité ci-dessus, la dose quotidienne de naphthaline a été de 2 gr. 40 par jour; l'auteur se sert le plus habituellement de la mixture suivante :

Naphthaline pure, 0 gr. 30 cent. à 1 gr.

Mucilage de gomme arabique, { aa 40 gr.

Eau de camomille,

Essence de menthe poivrée, 1 goutte.

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

On peut également administrer la naphthaline sous forme de poudre, en y ajoutant pour masquer le mauvais goût une goutte d'essence de menthe. Dans certains cas il est bon de faire prendre aux malades en même temps de la teinture d'opium ou de la poudre de Dower.

Cette médication est habituellement prise sans difficulté par les malades, l'auteur n'a jamais observé aucun accident à la suite de l'administration de la naphthaline, grâce à la pureté des produits qu'il a employés.

---

**Pollencephalitis. (Un cas de pollencéphalite),** par le Dr P. KOWALESKI. (*Geschen. klin. Gaz.* 1887, n° 10. *Centralbl. f. Kinderheilk.*, n° 13.)

Une fillette âgée de 3 ans est prise de fièvre, de délire et de convulsions; celles-ci sont prédominantes sur la moitié droite du corps. Au bout de 3 jours, disparition de tous ces symptômes; par contre, paralysie des deux extrémités droites; strabisme et aphasie. Les membres paralysés présentent de temps en temps des mouvements fibrillaires. La paralysie totale dura 3 mois, puis il survint progressivement une amélioration persistante; l'enfant apprit à marcher quoique avec difficulté; elle parvint aussi à se servir de sa main droite et à prononcer plus ou moins distinctement quelques mots.

Sept mois après le début de la maladie, première attaque d'épilepsie suivie bientôt de nouvelles attaques qui se reproduisirent ensuite à des intervalles de plus en plus rapprochés; vers la fin l'enfant fut prise de 8 à 10 attaques par jour. Les mouvements convulsifs commençaient toujours dans la jambe droite, ils étaient, du reste, toujours plus intenses au niveau de la moitié droite du corps. On porta le diagnostic de pollencephalitis acuta gyri tertii et lobi centralis sinistri.

Relativement à l'étiologie de ce cas de pollencéphalite, l'auteur fait connaître que le grand-père et le père de cette petite fille étaient atteints tous deux d'épilepsie et d'alcoolisme. L'état de la malade fut considérablement amélioré par les courants électriques et les préparations d'iodure et de bromure de potassium.

---

**Eine seltene Complication bei Erysipelas. (Une complication rare de l'érysipèle),** par le Dr ENGEL. (*Gyogyoszat*, 1887, n° 21. — (*Centralbl. f. Kinderheilk.*, n° 15.)

Un petit garçon âgé de 5 mois présenta, le 18 février 1887, un érysipèle du cuir chevelu qui s'étendit en l'espace de 4 jours sur le cou, le dos et les deux extrémités supérieures. Température extrêmement élevée. Le quatrième jour de la maladie, on constate sur la muqueuse des deux mâchoires, au niveau des premières molaires, une tumeur transparente, d'un rouge jaunâtre, du volume d'un gros pois qui s'ouvrit spontanément et donna issue à un liquide jaune, visqueux, de consistance sirupeuse.

Deux jours plus tard, par conséquent le 6<sup>e</sup> jour de la maladie, la muqueuse de la cavité buccale devint le siège d'une hémorrhagie diffuse, mais non abondante, qui s'accompagna quelques secondes plus tard d'une hémorrhagie gastro-intestinale des plus intenses. A plusieurs reprises l'enfant vomit de grandes masses de sang. Pas de sang dans les urines. En même temps symptômes d'une anémie profonde, convulsions et mort de l'enfant.

Suivant l'auteur, qui attire l'attention sur la rareté de cette complication, l'érysipèle a pu, à l'instar d'autres maladies infectieuses, provoquer la diathèse hémorrhagique, laquelle a si rapidement amené la mort du petit malade.

D. G. BOEHLER.

---

**Note sur les corsets orthopédiques de Sayre. Un nouveau moyen de suspension**, par le Dr ROUX, chirurgien de l'hôpital cantonal à Lausanne. Dans la *Rev. méd. de la Suisse romande*, du 15 septembre 1887.

L'auteur propose un procédé de suspension qui est une modification nouvelle et pratique de celui qui a été préconisé par le Dr Sayre, pour le traitement de la spondylite.

D'après lui, le feutre (*poroplastic Spinal Jacket*), le cuir bouilli (et troué), le plâtre, le papier, le silicate remplissent très bien leur but pour la confection des corsets utilisables dans ce traitement; mais le corset plâtré de Sayre et le corset silicaté répondent le mieux aux conditions requises qui sont : d'être exactement moulé sur le corps au moment où le haut du corps ne pèse pas sur la colonne, de n'être pas par trop cher et de pouvoir être construit par le praticien lui-même.

Il n'y a que le mode de suspension de Sayre qui exige quelque prudence : la plupart des chirurgiens ont pris la précaution de laisser le malade toucher le sol avec la pointe des pieds, mais comme, malgré cette précaution, il arrive de petits accidents (cyanoses, syncope, vomissements), même après *un traitement* préalable, on a cherché d'autres garanties.

PETERSEN applique ses corsets sur les malades couchés, dont le tronc est soutenu par des écharpes en anse, tandis que la tête et le tronc reposent sur un meuble.

En Amérique, on utilise une sorte de hamac, horizontal ou incliné.

BEELY emploie le trépied de Sayre, mais gradue avec des poids la traction qu'il répartit entre la tête et les épaules. Il permet au malade de toucher le sol avec ses talons.

SCHENK élève ses malades sur la pointe des pieds, mais il obtient

cette position en opérant au moyen de la minerve une traction égale la moitié du poids du sujet.

Le Dr ROUX, pour obtenir le même résultat, et établir la proportion d'une façon constante, dans un appareil fonctionnant sans égard aux différences de poids et de taille du sujet, a utilisé une corde passant sur une poulie fixée au plafond, et dont l'une des extrémités supporte une plateforme sur laquelle se place le malade tandis qu'à l'autre se trouve la minerve qui lui prend la tête.

L'avantage principal de la suspension suivant ce principe est la constance dans la relation du poids du corps avec la force de la traction sur la tête.

Rien n'empêche de faire asseoir le malade ou de lui donner des points d'appui.

*La plante du pied repose complètement.*

Le sujet peut conserver la position pendant le temps nécessaire à la dessiccation du plâtre.

Cet appareil a été construit par M. Wilgradter, bandagiste de l'hôpital de Lausanne. Il est figuré dans une planche annexée au travail.

**Traitement antiseptique des diarrhées infantiles**, par LEGENDRE dans l'*Union médicale* du 17 septembre 1887. *Résumé.*

L'auteur affirme, d'accord avec M. SILAS ALLEN PORTER qui a publié dans le *New-York Med. Rev.* de juillet dernier un intéressant travail sur la *diarrhée estivale des enfants* :

Que les micro-organismes jouent un rôle pathogénique important dans un grand nombre de cas ;

Que l'antisepsie du tube digestif est un élément essentiel dans le traitement ;

Que l'antisepsie ne consiste pas seulement dans l'emploi des médicaments mais exige la réalisation de toutes les conditions connues pour être défavorables à la vie et à l'activité des micro-organismes ;

Mais que pour faire de l'antisepsie avec certitude, il faudrait posséder plus de renseignements que nous n'en avons sur la nature des organismes pathogènes, leur biologie et les conditions de leur développement.

*Le traitement antiseptique de la diarrhée des enfants comprend des précautions hygiéniques usitées de tout temps et l'administration de médicaments antiseptiques.*

Faire passer un enfant du biberon au sein. Faire chauffer ou bouillir le lait c'est de l'antisepsie.

pas, se rapprocher de la stérilisation en fahiberon lui-même et en bouchant ce dernier ilisé.

minuant la pourriture ou donnant des évaorganismes de la matière putrescible nécesou expulser les microbes, c'est encore de

antiseptiques :

ge la plupart des médecins américains dans fantile : 0,gr. 05 à 0,30 (Jacobi) ; 0 gr. 0,06 de 0,gr. 02 sur la langue de l'enfant, d'heure Caillé).

au début, ses propriétés antiseptiques à ses

0 gr. 50 dans une potion à la glycérine ou th, au carbonate de chaux, à la poudre de iacée :

0.

e, 60 gr.

, 2 gouttes.

0 gr 05 à 0,10.

à 0 gr. 20, toutes les deux heures (Emmet

gr. ; eau, 60 gr. ; sirop, 10 gr. (Caillé).

10 gouttes ; eau, 60 gr. ; pepsine pure,

2 gouttes de laudanum de Sydenham.

renique, deux à six gouttes dans, mucilage,

: d'argent, 0 gr. 40, dans eau distillée,

1 à 0 gr. 002 dans eau distillée, 10 gr., bi).

ts, Jacobi donne à chaque heure 15 gouttes

, 15 gouttes ; eau de menthe, 30 grammes.

employé comme antiseptique le thymol, à

ux à cause de sa faible solubilité, le thymol

le pendant toute la durée de son passage

M. Bouchard préfère le *naphtol*  $\beta$ , sur lequel il poursuit, depuis deux ans, des recherches dans son laboratoire.

L'*antisepsie* peut encore être pratiquée au moyen de lavements d'eau chaude alcoolisée ou salicylée.

Contre les *troubles nerveux* causés par l'*auto-intoxication* (collapsus avec ou sans convulsions), on donne :

Le *musc*, 0 gr. 05 à 0 gr. 10 toutes les quinze à 30 minutes jusqu'à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 (Jacobi) ;

Le *camphre*, 0 gr. 01 (mêlé à sucre 0,30) *pro dosi*, toutes les 3 heures ; ou la même dose avec poudre de Dower, 0 gr. 005 ; ou camphre, 0 gr. 05 ; avec bismuth 0 gr. 30,

Les *injections hypodermiques d'éther, de caféine*.

Le traitement de la DIARRHÉE VERTE DES NOURRISSONS (Damaschino et Clado ; Hayem et Lesage), par l'*acide lactique*, relève du traitement antiseptique.

Le professeur Hayem donne l'*acide lactique*, sous forme de solution à 2 p. 100, à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée (5 à 8 cuillerées à café, par 24 heures) ; ou bien 40 à 60 centigrammes d'acide lactique pur.

Les vomissements, s'il y en a, cessent très rapidement ; les garde-robe diminuent et, de vertes, deviennent jaunâtres, puis jaunes et en nombre normal.

Il faut avoir soin de faire transporter hors de la salle tous les linge souillés et de les plonger dans une solution de sublimé.

M. Lesage, interne du professeur Hayem, a reconnu dans les matières vertes l'existence d'un microbe qu'il a isolé et cultivé et qui produit la matière verte par une sorte d'excrétion.

L'acide lactique fait avorter, même à faible dose, les cultures de ce bacille faites sur la gélatine peptonisée.

**The Biniodide Treatment of Scarlet Fever.** (Du traitement de la scarlatine, par le biiodure de mercure), par le Dr C. R. ILLINGWORTH (de Clayton le Moore), dans le *Brit. Med. Journ.* du 3 septembre 1887

L'auteur, qui a employé souvent avec succès le biiodure de mercure dans le traitement de la scarlatine, a été conduit par ce succès à essayer des applications locales de ce médicament sur les parties enflammées de la gorge, dans l'angine scarlatineuse.

Il se servit à cet effet de deux onces de la solution officinale de bichlorure de mercure, en ayant soin d'y ajouter quelques gouttes d'une solution

um ou de potassium (1 pour 4) en agitant la mixture après aque goutte, jusqu'à ce qu'il obtint un liquide d'un rouge t, par sa coloration, la précipitation du biiodure de mercure. . une demi-once de glycérine pour tenir les particules de ension.

: a été appliquée deux fois par jour avec un pinceau dur, dans deux cas d'angine scarlatineuse grave. Le processus inflammatoire et ulcératif fut arrêté par ce moyen, dans un espace de temps très restreint.

Une injection de la même mixture, dans les narines, fut faite, aussi dans un autre cas très grave. Il en résulta une émonction par le nez qui produisit le meilleur effet. Dans le cas où cet emploi local du biiodure viendrait à se généraliser, on pourrait facilement former la mère ou la garde-malade à l'emploi de ce topique. L'auteur se borne à introduire le manche d'une cuiller à soupe dans la bouche et à badigeonner fortement et rapidement, les parties affectées de la gorge. Il croit que ce moyen ferait aussi très bien dans l'angine diphtéritique.

---

**Congrès des Sciences médicales de Washington.**— *Section des maladies des enfants* (1).

**Lundi 5 septembre.** — Le président trouve qu'il y a lieu de se féliciter du grand nombre de communications d'un intérêt tout pratique qui vont être présentées à la section.

Le Dr **Jules Simon**, de Paris, a envoyé un essai sur *Une forme d'irritation cérébrale chez les enfants*.

Elle ne résulte point de lésions organiques, elle n'est pas d'origine héréditaire ou syphilitique, mais elle est due à la manière déplorable dont on élève les enfants. Leur sommeil est souvent interrompu, ils sont sous le coup d'excitations constantes qui finissent par produire des vomissements et des convulsions.

Vers l'âge de cinq ans ou ils guérissent ou ils succombent à la sclérose cérébrale, l'épilepsie ou la méningite. Le médecin doit interdire toute cause d'excitation. La campagne ou le bord de la mer doit être préféré comme lieu d'habitation.

**M. de Saint-Germain** n'a pu se rendre au Congrès et envoie une courte note dans laquelle il propose de *substituer l'igni-puncture des*

---

(1) Présid. : J. LEWIS SMITH, de New-York. Secrétaires ; Dr<sup>s</sup> J. N. LOVE, de St-Louis, HENRY COGGESHALL, de Mount Vernon, DILLON BROWN de New-York et LUCIEN DARVANSVILLE, de New-York.



*amygdales à la tonsillotomie, et la dilatation du prépuce à la circoncision.*

Dans le premier cas, il opère au thermo-cautère, pénétrant assez profondément dans l'amygdale. Il renouvelle l'application trois ou quatre fois à des intervalles d'une semaine. Dans le second cas, il se sert d'un dilatateur à deux branches ; il l'introduit dans le prépuce qu'il dilate tout simplement et dont il sépare les adhérences au moyen d'une sonde cannelée.

Le docteur **Lewis A. Sayre**, de New-York, fait une communication sur : *Les conséquences nuisibles du prépuce étroit et des adhérences préputiales.*

On admet, en général, de nos jours, que la pression du prépuce sur le gland peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et à d'autres accidents nerveux. Le seul mode de traitement consiste à faire disparaître la constriction et à permettre au prépuce de glisser parfaitement sur le gland.

Dans certains cas, pour obtenir ce résultat, on est obligé d'avoir recours à la circoncision, ou à l'ablation d'une portion du prépuce, avec dissection des vraies adhérences qui peuvent exister. Souvent, il n'est pas nécessaire d'enlever une partie du prépuce et l'on peut détruire les adhérences à l'aide de la sonde cannelée, faire une légère incision dorsale, libérer le frein et ainsi découvrir le gland. L'ablation complète du prépuce, laissant le gland entièrement à découvert, ne doit pas se pratiquer.  
(A suivre).

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Manuel de Trachéotomie**, par le Dr PAUL RENAULT, ancien interne des hôpitaux, préface par le Dr Jules Simon. — G. STEINHEIL, éditeur. — Prix 1 fr. 50.

### EXTRAIT DE LA PRÉFACE DU DOCTEUR JULES SIMON

*Je le trouve en tous points excellent et lui donne toute mon approbation. — Ce que je ne saurais trop louer c'est l'exposition claire et concise, c'est la mise en relief de nombreux détails superflus peut-être en apparence, mais qui répondent bien à la réalité des faits.*

---

*Le gérant : G. STEINHEIL.*

# MENSUELLE

DES

# DE L'ENFANCE

tembre 1887.

---

## X ORIGINAUX

---

### LA FACE ET DU CUIR CHEVELU DOCARDITE

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

---

4 ans est admis le 25 octobre, au  
gustin ; vigoureux, bien constitué,  
sultation avec une rougeur et une  
ues de la face. On nous apprend  
qu'il a été atteint de la rougeole, il y a deux ans, et de plu-  
sieurs ophthalmies depuis cette époque. Bien portant d'habi-  
tude cependant, en apprentissage chez un passementier, il  
n'a cessé de sortir qu'à partir du 23 octobre. Son père, qui  
l'accompagne, semble robuste ; il raconte que sa femme est  
morte phthisique, qu'il en a été de même d'une petite fille  
qu'il a perdue, il y a plusieurs années, et qu'il lui reste une  
autre fille qui est en bonne santé.

Le jeune garçon a éprouvé du malaise avec quelques dou-  
leurs de tête dès le 22 ou même dès le 21 ; mais, ces phéno-  
mènes n'ont pris de l'importance que le 22, c'est ce jour-là  
seulement qu'il s'alite.

Le 24, on s'aperçoit que la face, sur plusieurs points, devient rouge et bouffie; on constate aussi des vomissements et des frissons à plusieurs reprises; pendant la nuit, l'agitation est continuelle et l'insomnie à peu près complète.

Le 25 au matin, le malade se plaint d'un accablement excessif avec une céphalalgie violente; il ne peut se tenir sur ses jambes et lorsqu'on se décide à le transporter à l'hôpital, il se lève très difficilement et trouve fort pénible le trajet qu'il ne peut faire qu'en voiture et qui ne dure pas plus d'un quart d'heure. Dans l'après-midi du 25, la température axillaire s'élève à 40°,6; le malade est agité, ne sait quelle position prendre dans son lit et se plaint d'une soif vive; pendant la nuit suivante, il n'y a presque pas de sommeil.

Le 26, je reconnais tous les symptômes d'un érysipèle facial des plus intenses: au niveau des deux joues, en effet, le tégument est d'un rouge foncé, luisant, chaud et douloureux à la pression. La teinte congestive est limitée par un bourrelet qui passe obliquement au devant de l'angle de la mâchoire et est moins prononcé à droite qu'à gauche. C'est d'ailleurs de ce dernier côté que le mal a commencé, près de l'angle interne de l'œil et sans qu'il y ait eu, au dire du malade, aucune lésion locale antérieure. Sur les lèvres supérieure et inférieure, ainsi qu'à la région mentonnière dans sa partie médiane, la peau a conservé sa couleur et sa consistance normales. Le nez au contraire est entièrement envahi par la poussée éruptive; les paupières, un peu bouffies et tendues, sont également atteintes, mais faiblement; et le sphincter palpébral, légèrement contracté, laisse apercevoir cependant le globe oculaire qui reste sain des deux côtés. Il en est de même, jusqu'à présent, du front, du cuir chevelu et des régions temporales et auriculaires, tandis que la rougeur et la tension atteignent déjà les parties latérales du menton à droite et à gauche. Nous trouvons en outre les ganglions sous-maxillaires tuméfiés, rénitents et douloureux à la palpation. La température ne s'élève qu'à 39° et le chiffre des

pulsations radiales à 104. L'examen du thorax ne nous fait découvrir aucun bruit morbide, bien qu'il y ait une expectoration assez abondante de matières non colorées et que le malade déclare qu'il crache beaucoup d'habitude, tout en ne toussant jamais. Sur la langue, nous apercevons un enduit épais; l'inappétence est complète et accompagnée de constipation. Ma prescription est fort simple; je me borne en effet à conseiller des boissons acidulées, du bouillon pour aliment, un gramme d'hydrate de chloral en potion pour la nuit, et des applications de poudre d'amidon sur les joues.

Dans l'après midi, la température s'élève de nouveau à 40°,3 et l'agitation est excessive; un délire bruyant survient pendant la soirée et une partie de la nuit. Le lendemain 27, nous trouvons 92 pulsations seulement avec 39°,4, mais l'état local ne s'est pas amendé. La rougeur et la tension, bien que toujours plus fortes à gauche qu'à droite, ont gagné en étendue sur cette seconde moitié de la face; elles dépassent l'angle de la mâchoire; l'oreille et la région mastoïdienne sont envahies. Le malade qui se plaint de douleurs violentes dans le cou et la partie postérieure de la tête ne peut se coucher sans souffrances, ni d'un côté, ni de l'autre. Depuis vingt-quatre heures il n'est pas allé à la selle, mais a vomi à plusieurs reprises; l'anorexie reste absolue. Je prescris un lavement avec huit grammes de séné et autant de sulfate de soude. Bien que le thermomètre reste à 39°,8 dans l'après midi, la soirée et la nuit sont très mauvaises.

Le 28 octobre, la température axillaire ne dépasse pas 39°,2: le pouls varie de 90 à 96; la turgescence et la teinte hyperhémique ont continué à s'étendre autour de la moitié droite du crâne; et le cuir chevelu de ce côté, ainsi qu'au niveau de la région occipitale, est d'un rouge foncé et très sensible à la pression. La constipation a cédé sous l'influence du lavement et l'état saburral s'amoin-drit. Mais, à l'auscultation, nous trouvons à la région précordiale, un souffle qui n'existait pas jusqu'alors, et correspond au premier temps et à la pointe. Ce bruit s'accompagne de quelques palpitations

et de douleurs locales ; bien qu'il n'y ait pas d'intensité est telle que je crois prudent de faire des ventouses scarifiées, au devant du cœur.

Le 29 au matin, la situation reste à peu près la même. Cependant l'éruption continue à s'accroître au niveau de la région sous-maxillaire. Nous retrouvons le diagnostic, que nous avons découvert vingt-quatre heures auparavant, et qui n'a pas diminué de force. La température est au-dessus de  $39^{\circ},4$  ; mais dans l'après-midi elle baisse. Pendant la soirée et la nuit suivante l'enfant ne cesse de remuer, de se plaindre et divague à plusieurs reprises.

Le 30, la rougeur et la tension sont encore plus prononcées que la veille au niveau de la région occipitale. Le thermomètre indique  $40^{\circ}$ , avec près de 120 pulsations. En présence de ce mouvement fébrile intense, coïncidant avec le malaise, de l'agitation et de l'état de délirium notés, je prescrivis 1 gr. 50 centigr. d'antipyrine. Elle donnera en trois doses dans le courant de la journée. L'après-midi le thermomètre s'élève encore jusqu'à  $40^{\circ},2$ . La nuit est plus calme et, le lendemain matin 31 novembre, nous ne trouvons plus que  $39^{\circ},6$  avec 104 pulsations. Le rhytme de l'éruption a fait de nouveaux progrès dans la région de l'oreille gauche. Les symptômes généraux et locaux persistent peu pendant les vingt-quatre heures. La température de l'après-midi est encore de  $39^{\circ},2$ , même de celle du 1<sup>er</sup> novembre à neuf heures. Pendant ces deux journées on continue à administrer l'antipyrine à la même dose que le premier jour.

Mais, le 2 novembre, on ne trouve plus que 98 pulsations. Le thermomètre qui était déjà descendu à  $38^{\circ},8$  cinq heures du soir, le jour précédent, a donc baissé de deux degrés et demi. L'éruption a pâli sur toutes les régions envahies. La phéorie du crâne, il n'y a presque plus de tumeur à la pression, abstraction faite de l'oreille

et des points voisins qui ont été atteints les derniers. Le malade se couche librement sur le côté droit de la tête et s'assoit sans difficulté, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'alors ; les sphincters palpébraux s'ouvrent complètement, la langue se nettoie, l'inappétence tend à disparaître. Cette amélioration me détermine à renoncer à l'antipyrine et à toute médication active.

Le 3 novembre, dans l'après-midi, le thermomètre s'élève de nouveau à 39°, sans revirement défavorable au point de vue de l'état local. Mais le 4 et les jours suivants, la température varie seulement de 37° à 37°,4 ; le chiffre des pulsations ne dépasse plus 80 et, à tous les points de vue, l'ensemble reste si satisfaisant qu'il me semble superflu d'user une seconde fois de la médication antithermique.

A partir du 6 novembre, l'état général peut être considéré comme excellent, tandis qu'à la face et au cuir chevelu on voit la desquamation se produire, par larges fragments au niveau des joues, et sous la forme d'une fine poussière au niveau de la voûte crânienne. Il faut noter cependant que la tuméfaction des ganglions sous-mentonniers existe toujours, mais cette adénopathie, que l'érysipèle a passagèrement augmentée, était un fait très antérieur à la maladie cutanée. Il en est de même de l'expectoration qui ne diminue pas d'abondance et se compose toujours d'un liquide transparent, mélangé maintenant de quelques mucosités blanchâtres.

L'auscultation du thorax indique toujours, néanmoins, qu'il n'y a pas de bruit morbide et nous pouvons supposer que les poumons sont sains. Quant au souffle précordial, quoique toujours fort net, il a perdu une grande partie de son intensité, et il n'y a plus, ni douleurs dans la région du cœur, ni palpitations.

Du 10 au 15 novembre, des squames larges et épaisses recouvrent encore la presque totalité des parties de la face atteintes par le processus éruptif, et surtout les deux joues ; la desquamation continue aussi à s'effectuer sous la forme furfuracée, au niveau des régions temporales et occipitales

du cuir chevelu. Il n'existe plus de sensibilité à la press et le jeune garçon ne ressent plus aucune douleur locale à l'état de repos, ni quand il se déplace; il s'alimente com lorsqu'il est bien portant, mais se sent encore trop faible pour se lever. Bien que la guérison puisse être considérée comme assurée, il est rationnel, en raison surtout de la persistance du souffle à la région précordiale, de prendre quelques précautions supplémentaires pour la convalescence et de ne pas autoriser trop tôt la sortie de l'hôpital.

En terminant la relation de ce fait, je rappellerai que son diagnostic ne présentait pas de difficultés. Une poussée exanthématique, caractérisée par une rougeur uniforme, très accentuée, terminée par un rebord turgescient sur une grande partie de ses limites, ne peut appartenir ni à un simple érythème, ni à un eczéma ou un impétigo à leur première période, lorsque d'ailleurs la peau est tendue et très douloureuse au toucher, lorsqu'il y a, comme ici, une adénopathie de voisinage très prononcée, lorsque enfin, à côté de l'état local, on reconnaît l'existence d'un mouvement fébrile intense. D'autre part cet appareil pyrétique ne peut faire croire à une fièvre éruptive, puisque l'exanthème n'intéresse qu'une portion restreinte de l'enveloppe cutanée et laisse intactes toutes les autres régions. On sait que l'érysipèle facial des jeunes sujets est presque toujours bénin; cependant il faut tenir compte des complications oculaires, rarement graves, mais qui peuvent le devenir exceptionnellement. Enfin des troubles cérébraux comme ceux qui sont mentionnés dans notre observation, imposent quelques réserves au médecin qu'on interroge sur l'issue probable de la maladie. Toutefois il faut se rappeler que, même après un délire violent, ou après d'autres phénomènes ataxiques à physionomie alarmante, le dénouement est à peu près invariablement favorable.

Il est probable que l'origine de l'éruption érysipélateuse, chez notre jeune malade, était quelque lésion nasale ou oculaire, dont il n'a pas gardé le souvenir et dont nous n'avons

pas trouvé trace. Nous devons nous rappeler qu'à plusieurs reprises, il avait souffert de blépharites ou de conjonctivites, que, depuis longtemps chez lui, les ganglions sous-mentonniers étaient volumineux et sensibles à la pression, que l'adénopathie a persisté, presque sans diminution, après la cessation des phénomènes éruptifs, qu'en outre il est atteint d'une expectoration habituelle que l'on ne peut expliquer par une affection des voies respiratoires dont l'exploration du thorax donnerait la notion, mais que deux personnes de sa famille sont mortes tuberculeuses. Cet enfant doit donc être considéré comme strumeux et, si les manifestations de son état diathésique sont, jusqu'à ce jour, peu nombreuses et relativement légères, son avenir est incertain au point de vue de sa santé générale, et de plus il est exposé à de nouveaux érysipèles.

Il faut tenir compte aussi du bruit de souffle précordial, qui n'existait pas de prime abord, et que nous avons constamment entendu à partir du cinquième jour qui a suivi l'entrée à l'hôpital. Ce bruit, trop permanent pour se rattacher simplement au processus fébrile, avait si nettement son maximum à la pointe, que nous ne pouvions l'expliquer par la chloroanémie ; il était trop éloigné de l'oreille pour qu'il fût permis de l'attribuer à une péricardite. Je pense qu'il s'est agi d'une poussée d'endocardite, survenant à titre de complication ou de deutéropathie, en l'absence de toute connexion bien établie avec un rhumatisme actuel ou ancien. Cette lésion cardiaque, née sous nos yeux et qui siège vraisemblablement à l'orifice mitral, a paru s'amender ; mais elle est encore mise en évidence par l'examen stéthoscopique ; rien ne prouve qu'elle disparaîtra complètement, et rien ne nous autorise, relativement au pronostic, à la considérer comme sans valeur.

L'intensité de la fièvre, l'élévation soutenue de la température m'ont déterminé ici à sortir de mes habitudes, et à recourir aux antithermiques. Je ne puis affirmer que l'antipyrine, administrée à la dose d'un gramme cinquante centi-



grammes par jour, ait eu, sur l'évolution des symptômes, une influence décisive. Le thermomètre s'est abaissé notablement après l'ingestion de la troisième dose; mais nous étions arrivés à une époque de la maladie où la défervescence se produit souvent d'elle-même. Toutefois le médicament a été bien supporté; et j'ai si fréquemment déjà constaté la tolérance relativement à lui, que son emploi me semble indiqué toutes les fois qu'on est en face d'une hyperthermie prolongée, dans le cours d'un état pathologique, à marche aiguë.

---

## RACHITISME ET SYPHILIS (1)

Par le Dr J. Comby, médecin des hôpitaux.

---

L'observation IV nous a fourni une nouvelle preuve de l'influence considérable de l'allaitement artificiel dans la genèse du rachitisme; deux enfants, issus du même père et de la même mère, ont eu un sort différent, parce qu'ils ont été soumis à une hygiène alimentaire différente. L'observation V vient à l'appui des mêmes données étiologiques.

OBS. V. — *Deux enfants de la même famille. — L'ainé, allaité par sa mère, se porte très bien. — Le plus jeune, allaité artificiellement (biberon) est rachitique. — Parents sains. — Pas de syphilis (Mars 1886).*

P..., Henri, âgé de 22 mois, est un enfant qui commence à peine à se tenir debout; il a les extrémités épiphysaires volumineuses, les jambes et les avant-bras incurvés; le thorax, aplati transversalement, offre un chapelet costal très net. Ce rachitique n'a que six dents (quatre incisives supérieures et deux inférieures); ces dents sont saines, sans érosion ni entamure quelconque. Les téguments ne présentent rien de particulier, la région des fesses n'est pas marquée de cicatrices. D'ailleurs l'enfant n'a jamais eu d'éruption suspecte avant de devenir rachitique. Mais il n'a jamais été allaité au sein et il a été soumis au biberon dès la naissance. Ce qui confirme l'influence de cet allaitement artificiel sur la production

---

(1) Voir la *Revue des Maladies de l'Enfance*, Novembre 1887.

## RACHITISME ET SYPHILIS

du rachitisme dans le cas actuel, c'est que le frère aîné (âgé de 7 ans) est vigoureux, bien portant, non rachitique, qu'il a été allaité par sa mère dans de bonnes conditions jusqu'à l'âge de 12 mois. La mère, qui nous donne ces renseignements, est une femme de 30 ans, bien constituée, sans maladies antérieures, âgée de 32 ans, est également saine; aucun antécédent syphilitique n'a été retrouvé chez les parents comme chez les enfants.

Ajoutons, pour confirmer ces bons antécédents, qu'il n'y a eu d'autre enfant dans la famille, pas de mort-né, pas de fausse couche, encore un exemple assez net de l'action puissante du lait maternel, à l'exclusion de toute autre influence.

*Obs. VI. — Famille de quatre enfants. — Tous les enfants, nourris au sein, n'ont présenté aucun indice de rachitisme. Le quatrième, nourri au biberon, est rachitique. — Pas de syphilis héréditaire. (Décembre 1890.)*

Le jeune F..., Paul, âgé de 3 ans, soumis depuis un an à l'huile de foie de morue et des bains salés, est un typhoïde; il a des nodosités énormes aux poignets et aux chevilles, une tumeur très accusée des jambes et des avant-bras, un front bombé avec chapelet costal. La première dent est tombée à l'âge de 1 an; aujourd'hui il existe 20 dents saines non érodées, l'estomac est manifestement dilaté. Cet enfant n'a pas du tout quand nous l'avons mis en traitement, manifesté de la fièvre. Nourri au biberon, il a eu fréquemment la diarrhée, mais jamais eu de gourmes ni d'éruptions suspectes; il n'a eu de boutons ni sur les fesses ni sur le reste du corps. La mère, saine et vigoureuse; le père (37 ans) a eu la fièvre typhoïde, actuellement bien portant et n'accuse aucun autre antécédent, n'a pas eu la syphilis. Ce qui prouve que l'allaitement maternel a été la cause du rachitisme chez cet enfant, c'est que deux autres enfants de la même famille ont pu échapper au rachitisme, l'un par allaitement naturel. En effet la sœur aînée (9 ans), allaitée par sa mère, n'a jamais été malade et a commencé à marcher vers l'âge de 1 an; elle est actuellement obtenue par les mêmes moyens chez un frère de 5 ans, qui est mort de diphtérie. Un dernier enfant (2 ans), allaité au sein, a marché à 10 mois et jouit d'une santé excellente.

Il nous semble qu'une observation aussi

cédente, dans laquelle nous avons pu faire une enquête étiologique sérieuse, nous autorise à affirmer encore une fois : que l'alimentation vicieuse des nouveau-nés (allaitement artificiel, alimentation prématurée, etc.) est une cause efficiente de rachitisme. Si les faits analogues à celui que nous avons recueilli, étaient isolés, rares, exceptionnels, le doute serait permis. Mais ces faits abondent ; il suffit de se baisser pour les ramasser à poignées et pour les opposer victorieusement aux partisans qu'on même du rôle pathogénique de la syphilis.

(OBS. VII. — *Enfant de 26 mois rachitique. — Pas de cicatrices fessières, pas d'empreintes dentaires. — Pas de syphilis chez les parents. — Alimentation prématurée et allaitement artificiel. (Mars 1886.)*

F..., Gabriel, âgé de 2 ans et 2 mois, a été mis en nourrice dans la Meuse ; sa mère, occupée toute la journée dans une charcuterie, n'a pas eu le loisir de l'allaiter. Il a été très mal chez sa nourrice, recevant, au lieu de l'allaitement naturel convenu, le biberon et des aliments grossiers. Il en est résulté un rachitisme très accusé, l'enfant ne marche pas encore et peut à peine se tenir debout. Les déformations osseuses sont généralisées ; outre les incurvations des jambes et des avant-bras, on constate le développement exagéré des extrémités épiphysaires au-dessus des poignets et des articulations tibio-tarsiennes.

Les côtes, déprimées latéralement, présentent en avant un double chapelet symétrique. Le front est très proéminent et la fontanelle antérieure est encore largement ouverte. Les dents, dont l'éruption a été retardée, sont actuellement au nombre de 16 ; elles sont belles, régulières, sans aucune érosion de leur bord libre ni de leurs faces. Les deux incisives latérales supérieures sont seulement un peu plus petites que les autres. La peau de cet enfant est partout nette et sans trace d'ulcérations anciennes ou récentes ; au niveau des fesses, notamment, il est impossible de découvrir le moindre stigmat. Le ventre de cet enfant, qui est très vorace et boit beaucoup, est gros et le clapotage stomacal est entendu à un niveau très bas ; son estomac est dilaté. Donc, chez ce rachitique, rien ne révèle la syphilis et la seule influence étiologique admissible est la mauvaise hygiène alimentaire à laquelle il a été soumis

## RACHITISME ET SYPHILIS

chez une nourrice mercenaire de la campagne. Du côté de l'enfant, l'enquête est négative au point de vue de la (20 ans) est grande, forte et n'a jamais été malade ; éruption suspecte, pas d'alopecie, pas d'angines, pas d' Elle n'a jamais eu d'autre enfant, elle n'a pas fait de père, âgé de 23 ans, est également vigoureux, bien p antécédent morbide. Voilà donc encore un fait conclua des détails et la sûreté des informations, à ajouter a positifs que nous avons recueillis.

**OBS. VIII. — Rachitisme survenu chez deux enf**  
*maturément. — Le troisième, sevré à une é*  
*dive, a échappé au rachitisme. — Pas de syp.*  
*(Janvier 1886).*

D..., Claire, âgée de 2 ans, présente les déformations tisme, notamment au niveau des tibias ; elle offre, en costal et le développement exagéré du ventre habitue

La première dent n'est sortie qu'à l'âge de 13 mois. tée par sa mère, n'avait pas encore 8 mois quand elle ; lement, du jour au lendemain ; l'allaitement maternel des laitages et des panades. Un frère, âgé de 3 ans, sev conditions, est aussi rachitique ; il a été examiné en . médecin qui a prononcé le mot de *Dopple-joints*. l même famille, âgé de 5 ans 1/2, n'a jamais offert la rachitisme, mais il faut ajouter qu'il a été sevré à 1 âgée de 26 ans, est une femme grande, forte, vigoureuse morbides. Le père (32 ans) est aussi très bien portant, du moindre accident vénérien. Ajoutons que la jeune r a été présentée, n'offre sur le corps aucune empreinte suspecte.

Il n'est donc pas possible de faire intervenir d'autre i nique que le sevrage prématuré, d'autant plus que l'enl soumis à son action a seul échappé au rachitisme.

Les deux observations suivantes vont en cette action de sevrage prématuré.

OBS. IX. — *Fille de 16 mois rachitique. — Sevrage prématuré — Parents bien portants. (Décembre 1885.)*

G..., Cécile, âgée de 16 mois, ne peut encore marcher ni même se tenir debout; elle offre, à un degré très accusé, les nouures des poignets et chevilles, les incurvations des tibias et des avant-bras, le chapelet des côtes, la proéminence du front, l'élargissement de la fontanelle antérieure, le développement du ventre avec dilatation de l'estomac. Elle n'a jamais eu d'affections cutanées et ne porte pas de cicatrices fessières. On trouve chez elle que 4 incisives qui sont saines. Nourrie au sein par sa mère, cette enfant, qui mangeait déjà quelques panades, a été sevrée brutalement à l'âge de 9 mois. A partir de cette époque, sa santé a décliné, elle a eu de fréquentes indigestions avant de devenir rachitique.

La mère (22 ans) et le père (23 ans) sont très bien portants; ils n'ont pas eu d'autres enfants, ils n'ont pas d'antécédents syphilitiques.

OBS. X. — *Fille de 20 mois rachitique. — Sevrage prématuré (8 mois). — Quatre frères et sœurs, sevrés plus tard (13 mois), ne sont pas rachitiques. — Pas de syphilis héréditaire. (Décembre 1885.)*

V..., Julia, âgée de 20 mois, ne peut marcher ni rester debout; elle a le front bombé, la fontanelle antérieure élargie, les membres incurvés, les poignets trop gros. L'abdomen est saillant et l'estomac clapote anormalement. Cette enfant qui, d'après la mère, n'aurait subi aucun choc, aucune chute, offre une proéminence anguleuse et indolore de la partie moyenne de l'avant-bras droit. Cette tumeur, nettement osseuse, intéressant surtout le cubitus, rappelle un cal exubérant; elle est sans doute consécutive à une fracture quasi-spontanée, comme on en observe chez quelques rachitiques.

L'enquête nous apprend que cette enfant, allaitée par sa mère, a été sevrée brutalement vers l'âge de 8 mois. Au sein maternel a succédé une alimentation grossière comprenant : des soupes, des pommes de terre, du vin.

Sur les 6 autres enfants de la même famille, deux jumeaux sont mort-nés athrepsiques au bout de quelques semaines; les quatre autres, âgés de 13, 10 et 6 ans, sont sains et n'ont pas été rachitiques. Il est vrai que tous, sans exception, ont été allaités par leur mère jusqu'à l'âge de 13 mois. Comment ne pas incriminer le sevrage prématuré quand,

5 enfants, un seul, celui qui a été soumis à ce sevrage, devient rachitique? Les parents d'ailleurs sont bien portants : la mère (45 ans) est forte, le père (43 ans) a bien eu quelques bronchites, mais jamais d'accidents vénériens. Aucun des enfants n'a présenté la moindre empreinte de syphilis.

*Obs. XI. — Garçon de 16 mois rachitique et scrofuleux. — Allaitement naturel mal dirigé. — Pas de syphilis. (Décembre 1885.)*

Le jeune T..., Émile, âgé de 16 mois, n'a pas encore marché; il a les nodosités rachitiques des poignets et l'incurvation des tibias; le front est bombé, les dents sont en retard (4 incisives seulement). Le ventre est très gros et l'estomac dilaté. En même temps que ce rachitisme des plus nets, l'enfant présente, depuis quelques semaines, de petites tumeurs (2 aux fesses et 2 aux mollets) qui rappellent, par tous leurs caractères extérieurs, les gommes scrofulo-tuberculeuses en voie de ramollissement. Quelle a été la cause de tous ces désordres? Les antécédents héréditaires n'offrent rien de saillant : la mère (33 ans) est bien portante, le père (30 ans) est grand et fort, sans antécédents suspects. Le petit malade a été allaité au sein maternel et n'a jamais reçu d'autre aliment avant l'âge de 12 mois; il vient à peine d'être sevré et le régime lacté fait toujours le fond de sa nourriture. Mais, s'il a été nourri exclusivement au sein et si l'on ne peut incriminer ni le sevrage, ni l'alimentation prématurée, il faut bien retenir que l'allaitement n'a pas été conduit suivant les règles. La mère, qui est une excellente nourrice, donnait le sein sans compter, nuit et jour, sans aucun intervalle régulier. Aussi l'enfant a-t-il présenté des vomissements et des troubles digestifs incessants. Cette fréquence excessive des tétées (plus de 40 par jour) a eu le même résultat qu'une alimentation grossière et prématurée : régurgitations, gastro-enterite, puis rachitisme. Tel a été la cause du rachitisme chez cet enfant qui, si l'allaitement eut été bien réglé, devait échapper à la maladie. Reste à expliquer la scrofule; reconnaît-elle la même cause que le rachitisme ou bien est-elle due à une influence héréditaire que notre enquête n'a pas révélée? Le doute est permis.

Si nous n'avions craint de donner trop d'étendue à ce travail, nous aurions rapporté de nombreuses observations à l'appui de l'origine alimentaire du rachitisme. Il est certain, d'après les faits cités par nous et par la plupart des cliniciens,

que l'alimentation prématurée, c'est-à-dire l'usage d'aliments solides, de féculents, de soupes, de panades, de légumes, etc., chez des nourrissons qui ne peuvent digérer que le lait, est une cause fréquente de rachitisme.

L'allaitement artificiel, l'allaitement mixte et surtout le sevrage brutal et précoce provoquent très souvent l'apparition du rachitisme. Il n'est pas jusqu'à l'allaitement naturel qui ne puisse aboutir à la maladie, lorsqu'il est insuffisant ou mal réglé, lorsque les tétées trop abondantes ou trop répétées sont suivies d'indigestions habituelles et de gastro-entérite.

Ces conclusions, déduites de nos observations personnelles, sont conformes à la doctrine classique. Après J.-L. Petit, qui incriminait le sevrage prématuré, nous voyons Trousseau attribuer un rôle important à cette même cause ainsi qu'à l'alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité ; c'était l'opinion de Blache et Guersant (*Dictionnaire en 30 volumes*). Plus récemment, le professeur Bouchard (*Maladies par ralentissement de la nutrition*) s'exprimait ainsi : « *Ce qui reste acquis, de par l'observation empirique, c'est que l'insuffisance de l'alimentation, le sevrage prématuré comme le sevrage tardif, l'usage d'une nourriture trop grossière, l'abus de la viande et des pommes de terre, les troubles digestifs qui en résultent, la fermentation lactique de l'estomac, l'acidité de l'intestin, sont au nombre des circonstances étiologiques qui amènent la production du rachitisme. D'autre part, il me paraît démontré que ces diverses causes ont pour effet d'empêcher la pénétration dans l'organisme des éléments qui doivent constituer le phosphate de chaux. Par conséquent, toutes ces causes peuvent expliquer l'absence de calcification des os rachitiques* ». L'origine alimentaire du rachitisme est également affirmée par tous les médecins des hôpitaux d'enfants.

Parrot et, après lui, M. Gibert, soutiennent que l'alimentation vicieuse des nouveau-nés n'engendre que l'athrepsie et jamais le rachitisme. Nous admettons bien que l'alimentation

vicieuse provoque l'athrepsie; mais l'athrepsie n'est pas le seul fléau qui en dérive. Si la gastro-entérite, conséquence immédiate de la mauvaise alimentation, est aiguë ou suraiguë, elle se termine par la mort et mérite bien le nom d'athrepsie. Si cette gastro-entérite est subaiguë ou chronique, elle aboutit au rachitisme. Le professeur Parrot a donc été trop exclusif en affirmant que l'alimentation vicieuse n'engendrait que l'athrepsie. L'athrepsie en est la conséquence immédiate, la manifestation aiguë; le rachitisme constitue l'aboutissant lointain, la manifestation chronique. On pourrait citer d'autres manifestations: la scrofule qui, dans plusieurs cas, est en relation étroite avec l'hygiène alimentaire de la première enfance; les accidents cutanés décrits sous le nom de *gourmes* et qui, loin d'être habituellement des marques de scrofule, sont ordinairement en rapport avec les lésions ou les troubles fonctionnels de l'appareil digestif.

La clinique nous apprend que le rachitisme peut apparaître sans l'intervention de la syphilis héréditaire; les résultats d'expériences bien faites, qui concorderaient avec les données cliniques, seraient d'un grand poids dans la discussion pendante. Malheureusement l'expérimentation ne nous fournit pas d'argument décisif contre la doctrine de Parrot. Les expériences de Jules Guérin, qui serait parvenu à obtenir le rachitisme chez les jeunes chiens, n'ont jamais pu être contrôlées ni reproduites; un certain doute plane encore sur l'authenticité de ces recherches, déjà fort anciennes; d'autre part les résultats négatifs d'expériences plus récentes nous portent à considérer le rachitisme comme une maladie *humaine* qui ne saurait être reproduite chez les animaux. Malgré ce desideratum expérimental, nous n'hésitons pas à affirmer l'origine alimentaire de la plupart des cas de rachitisme.

Les expériences que Jules Guérin aurait faites sur des portées de jeunes chiens, des nourrices ignorantes ou coupables se chargent tous les jours de les renouveler (avec quel succès!) sur leurs propres enfants ou sur ceux dont elles



ont la garde. Des effets, toujours les mêmes, succédant aux mêmes causes, nous éclairent aussi bien que les expériences de laboratoire.

### III

Les documents que nous venons de produire ont, en quelque sorte, déblayé le terrain et facilité la dernière partie de notre tâche. Ils ont eu pour but et pour résultat de montrer la part d'erreur que la doctrine de Parrot contenait. Il ne nous reste plus qu'à établir, sur des bases acceptables, les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance. Parrot a soutenu que le rachitisme était toujours d'origine syphilitique; des observations irrécusables donnent un démenti à cette affirmation.

Pour notre part, nous croyons avoir établi, par un grand nombre de faits, que non seulement le rachitisme pouvait exister en dehors de toute influence syphilitique, mais encore que la syphilis n'était pas la cause habituelle du rachitisme. Nous n'irons pas dire que le rachitisme n'est jamais provoqué par la syphilis et nous reconnaissons que ces deux maladies peuvent avoir des relations étroites. Ces relations, nous allons les étudier sous deux aspects différents; à côté de la syphilis héréditaire que Parrot visait seule, nous placerons la syphilis acquise dont l'intervention, dans les premiers mois de la vie, peut jouer un rôle pathogénique qu'il nous faudra apprécier.

**SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET RACHITISME.** — Le rachitisme et la syphilis héréditaire se rencontrent simultanément chez quelques enfants; d'aucuns affirment même la fréquence de cette coïncidence qui, d'après nos observations, n'est pas très commune. M. le professeur Fournier, après avoir rappelé l'opinion d'Astruc: « *s'ils vivent, les enfants nés de parents syphilitiques sont rachitiques ou écrouelleux* », déclare que le rachitisme se rencontre chez les sujets atteints de syphilis héréditaire avec un degré de fréquence considérable et que

cette fréquence est assez significative par elle seule pour attester une relation de cause à effet entre la syphilis et le rachitisme. Mais il se hâte d'ajouter, battant en brèche l'opinion de Parrot, que le rachitisme n'est pas une *lésion directe de syphilis*, mais une conséquence *indirecte, banale* du trouble général importé dans l'organisme de l'enfant par la syphilis des parents. Le rachitisme succède à la syphilis, dit-il, comme l'anémie, la tuberculose, le lupus, les malformations organiques, la petitesse de la taille, l'infantilisme, etc. ; c'est un effet banal d'une cause spécifique, et un effet banal que d'autres influences peuvent déterminer également.

Nous ne pouvons que souscrire à cette interprétation. Chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, la nutrition générale est souvent languissante et pour plusieurs raisons : 1° le virus syphilitique a par lui-même une action débilitante et dystrophiante sur ces organismes délicats ; 2° le traitement de la syphilis, chez des enfants à la mamelle, n'est pas sans entraver aussi l'assimilation des aliments ; 3° enfin l'allaitement artificiel, auquel sont condamnés beaucoup d'enfants syphilitiques, vient ajouter sa déplorable influence aux causes précitées. Dans de pareilles conditions, est-il étonnant d'observer, d'abord une mortalité effroyable, ensuite le rachitisme avec une excessive fréquence ?

Ce rachitisme, provoqué par la syphilis héréditaire, n'est pas d'essence et de nature syphilitique, car il peut être évité par une bonne hygiène alimentaire. Les enfants atteints de syphilis héréditaire, qui ont une bonne nourrice, échappent presque tous au rachitisme. On verra plus loin des observations qui en témoignent ; il est vrai que les petits sujets, assurés contre le rachitisme par un allaitement naturel exclusif et prolongé, étaient en même temps soumis au traitement antisiphilitique. L'objection a sa valeur, et nous reconnaissons que la plupart de nos observations ne sont pas décisives à ce point de vue ; quelques-unes seulement, par une heureuse réunion de circonstances, sont inattaquables ; les autres

valent surtout par leur groupement et la concordance de leurs résultats.

En résumé, si les enfants atteints de syphilis héréditaire deviennent souvent rachitiques, c'est parce que leur nutrition est troublée sous la triple influence de la maladie, de son traitement et de l'allaitement artificiel. Ces enfants peuvent être préservés du rachitisme par l'allaitement naturel.

Enoncer ainsi les termes du problème, c'est fixer d'avance la nature des rapports de la syphilis héréditaire et du rachitisme ; s'il y a, entre les deux maladies, une relation de cause à effet, cette relation n'est pas directe et spécifique, comme Parrot l'avait proclamé. La cause spécifique, la syphilis, n'agit que par une influence banale, par l'affaiblissement et la cachexie, aboutissants communs de bien des maladies différentes.

Si le rachitisme et la syphilis sont distincts à l'origine, n'y aurait-il pas, dans le cours de leur évolution, un mélange, une combinaison des deux états morbides et *l'hybridité pathologique*, admise un instant par le Dr Parrot, serait-elle une réalité ? Si la coïncidence, chez le même sujet et sur le même os, de syphilis et de rachitisme n'est pas impossible, il faut avouer qu'il n'en existe pas beaucoup d'observations. D'ailleurs, cette combinaison existerait-elle, qu'elle ne contrarierait nullement l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature des rapports de la syphilis et du rachitisme.

Il n'y a pas, en pathologie, de loi qui s'oppose à ce qu'un os, frappé d'abord de syphilis héréditaire, puisse devenir rachitique.

Au surplus nous allons, par des exemples concrets, apprécier l'action de la syphilis héréditaire sur la genèse du rachitisme. On verra qu'elle occupe un rang modeste dans l'étiologie du rachitisme. L'observation qui suit prouve que la syphilis héréditaire a été impuissante à provoquer le rachitisme chez un enfant soumis à l'allaitement naturel, l'instrument prophylactique le plus sûr du rachitisme. On verra bien, plus loin, quelques exemples de rachitisme coïncidant avec

## RACHITISME ET SYPHILIS

la syphilis héréditaire ; mais l'interprète n'infirmera pas l'opinion que nous souten

**Obs. XII. — Syphilis héréditaire chez un enfant naturel. — Pas de rachitisme.**

M.... Lucien, âgé de 31 mois (décembre 1883) depuis deux ans pour des accidents syphilitiques survenus quelques semaines après la naissance. Il a pris, pendant l'allaitement, du lait stérilisé et du sirop de Gibert. La mère de l'enfant allaitait le sein, sans mélange d'aucun aliment. Grâce à cette alimentation, la santé de l'enfant n'a pas périclité ; il a grandi et n'est pas devenu rachitique. Quand nous le vîmes, à la fin de 1883, il avait du coryza, des ulcères et des plaques végétantes à l'anus. Actuellement encore les mêmes lésions anales, ce qui prouve que le virus syphilitique n'a agi que du côté du système osseux. La mère est saine, n'ayant jamais été malade. Quant au père, âgé de 35 ans, atteint d'abord pour une fistule périnéale et il avoue qu'il a eu la syphilis héréditaire qui a frappé notre petit malade vers l'âge de sept semaines, dérive donc du virus syphilitique transmis à sa mère, sans être infectée ; elle a bénéficié d'une immunité placentaire. Une petite fille de 3 mois qu'elle allaite paraît saine.

Cette observation de syphilis héréditaire chez un enfant n'est évidemment pas concluante ; car l'enfant n'a pas eu la syphilis, mais il a échappé au rachitisme par l'allaitement, mais à la thérapeutique comme l'abstinence, en pareil cas, étant mort, nous n'avons pas pu nous résoudre à traiter par la vaccination un problème scientifique, à traiter par la vaccination et simple les petits enfants syphilitiques confiés. D'ailleurs ce fait, même attaqué par la négation, a bien sa valeur quand on le compare aux nombreux cas où le rachitisme est présent,

est absente ; il sert de complément à une démonstration presque faite.

**OBS. XIII. — Syphilis héréditaire. — Enfant actuellement âgé de 18 mois. — Pas de rachitisme grâce à l'allaitement naturel exclusif et prolongé. — Père syphilitique. — Mère saine. (Avril 1886.)**

V..., Louis-Michel, âgé de 18 mois, a été observé et traité par nous depuis plus d'un an. Six semaines environ après sa naissance, il présenta une éruption suspecte aux fesses et au visage.

La mère, bientôt inquiète, nous le conduisit et nous eûmes d'autant moins de peine à reconnaître la syphilis héréditaire que le père (27 ans), de son propre aveu, avait eu cette maladie et ne s'était jamais soigné. Pendant 5 mois consécutifs, l'enfant fut soumis à l'usage des bains de sublimé et la mère consentit à prendre tous les jours une cuillerée à soupe de sirop de Gibert. Sous l'influence de ce traitement, les manifestations cutanées disparurent et la croissance de l'enfant se fit normalement. Il est vrai que nous avons recommandé expressément à la mère d'allaiter son enfant au sein jusqu'à l'âge de 18 mois et de ne pas lui donner d'autre aliment que le lait. Cette femme, âgée de 28 ans, assez intelligente, n'ayant eu de son côté aucun accident, quoiqu'elle eut conçu, porté dans son sein et allaité un enfant syphilitique, a suivi de point en point nos prescriptions. Il n'est pas téméraire d'avancer que si l'enfant a échappé au rachitisme, c'est à l'allaitement naturel qu'il le doit. Il a marché de bonne heure (13 mois), il n'a pas de déformation rachitique ; il a 16 dents petites, noirâtres, incisées à leur partie libre ; l'examen de ses fesses ne révèle pas de cicatrices.

Malgré l'influence débilitante de la syphilis héréditaire, cet enfant n'est pas devenu rachitique ; il le serait devenu certainement s'il avait été allaité artificiellement ou alimenté prématurément. Quoiqu'il ne présente actuellement aucun accident spécifique, nous continuons le traitement : bains de sublimé tous les deux jours, une cuillerée à café de sirop de Gibert tous les jours.

Cette observation a la même valeur que la précédente ; elle est passible des mêmes objections ; c'est un cas négatif et on fait bon marché des cas négatifs. Heureusement pour la cause que nous défendons, les cas positifs ne manquent pas.

OBS. XIV. — *Famille de 8 enfants. Quatre morts à la suite d'accidents syphilitiques. — Un seul rachitique. — Père syphilitique ayant contagionné sa femme et ses enfants.*

Au mois d'octobre 1885, on amenait au Dispensaire de la Villette la petite F..., Louise, âgée de 3 mois, portant des plaques ulcérées aux fesses et aux commissures labiales et présentant ce faciès terreux qui dénonce la syphilis. Le traitement mercuriel fut donné à la mère et à l'enfant; au mois de décembre suivant, l'état de l'enfant est très satisfaisant, les manifestations cutanées de la syphilis ont disparu et la petite fille, allaitée avec soin par sa mère, a pris de l'embonpoint et un faciès meilleur. L'histoire de la syphilis, qui a décimé cette famille ouvrière, n'est pas dépourvue d'intérêt. Le chef de la famille contracte la syphilis avant son mariage, il y a 12 ans; il vient de mourir poitrinaire. La femme paraît avoir échappé à la contagion directe pendant 10 ans, et ce n'est qu'à sa dernière grossesse, il y a un an, qu'elle a souffert de douleurs ostéocopes avec alopecie; elle n'aurait pas eu, avant cette époque, la moindre manifestation cutanée ou muqueuse. Quant aux huit enfants nés de cette union, voici leur sort : la fille aînée est morte à 5 mois couverte d'ulcérations et de taches; la seconde est morte dans les mêmes conditions; un troisième enfant, mis en garde et, par conséquent, soumis à une mauvaise alimentation, est devenu rachitique (gros ventre, nodosités osseuses, retard des dents, impossibilité de la marche); il a succombé à l'âge de 2 ans 1/2. Un quatrième enfant est mort au huitième jour couvert d'éruptions analogues à celles que ses aînés avaient présentées. Parmi les quatre enfants survivants, nous avons soigné la petite fille citée plus haut qui est syphilitique.

Deux autres (9 ans et 4 ans) se portent bien; le quatrième (6 ans) est bossu; nous ignorons si sa déformation est due au rachitisme ou au mal de Pott. Donc, parmi ces huit enfants plus ou moins touchés par la syphilis héréditaire, un seul est devenu nettement rachitique et c'est précisément celui qui a été mis en garde et soumis à une mauvaise alimentation. Tous les autres, allaités par leur mère, ou bien sont morts dans les premiers mois, ou bien ont survécu sans devenir rachitiques. Nous avons revu, en mai 1886, la petite fille qui est inscrite en tête de cette observation; elle commençait à marcher et n'avait aucun indice de rachitisme. Il est vrai que la mère, d'après nos recommandations, lui donnait le sein, à l'exclusion de toute autre alimentation.

OBS. XV. — *Une femme scrofuleuse a deux enfants d'un premier mari syphilitique. Sur ces deux enfants, l'un était mort en venant au monde, le deuxième est devenu rachitique. Cette femme a, d'un second mariage, un troisième enfant également syphilitique. (Décembre 1885.)*

La femme J...., âgée de 30 ans, ayant deux taies anciennes des cornées, orpheline à 10 ans (parents probablement phthisiques), est une scrofuleuse avérée. Sa première grossesse, en 1880, se termine prématurément par l'expulsion d'un enfant mort; en 1882, elle accouche à terme d'un enfant couvert d'éruptions syphilitiques; ce petit garçon, que nous avons pu examiner à loisir, présente le teint blême et terreux des syphilitiques; de plus il n'a marché qu'à 30 mois et offre tous les traits du rachitisme. Outre l'aspect terreux du visage qui nous a frappé, on trouve, sur différents points du corps, des taches cuivrées et des cicatrices qui sont les vestiges de la syphilis héréditaire. Il est donc à la fois rachitique et syphilitique; il n'a jamais été soumis au traitement mercuriel, pas plus que sa mère qui, sachant bien que son mari avait une *mauvaise maladie*, n'a pourtant pas daigné se faire traiter. Ce premier mari syphilitique est mort à Ste-Anne, à l'âge de 30 ans (1882). La femme, qui s'est remariée, nous apporte un troisième enfant, âgé de 2 mois et 1/2, couvert de plaques ulcérées qui datent de 2 ou 3 semaines. Ces plaques, qu'on retrouve aux fesses, aux bourses, aux commissures labiales, sont d'origine syphilitique. Nous ne pouvons préjuger le sort réservé à cet enfant. En attendant, nous le soumettons au traitement mercuriel.

Parrot n'eut pas manqué de classer cette observation ainsi que la suivante parmi les cas favorables à sa doctrine. Mais, si nous admettons l'intervention de la syphilis dans ces deux cas, nous sommes loin de l'interpréter dans le même sens que Parrot.

OBS. XVI. — *Enfant de 18 mois atteint de syphilis héréditaire et de rachitisme. — Mère syphilitique. (Janvier 1887.)*

L..., Frédéric, âgé de 18 mois, peut à peine se tenir debout; il a le front proéminent et la fontanelle antérieure ouverte, sans présenter l'aspect *natifforme* du crâne. Ses dents, au nombre de 15, sont absolument cariées, noirâtres et informes; elles diffèrent complètement des

## RACHITISME ET SYPHILIS

dents que nous observons chez les rachitiques ordinaires; les tumeurs tibiales et brachiales sont peu accusées; les côtes sont déformées latéralement. Le ventre est très gros, le foie dépasse les fausses côtes et y a du clapotage stomacal au niveau de l'ombilic. Nous considérons cet enfant comme un rachitique; cependant le rachitisme n'est pas certain, il ne s'affirme pas chez cet enfant par des caractères tranchés. En revanche, la syphilis héréditaire n'est pas douteuse : actuellement il y a des plaques syphilitiques sur les fesses, sur l'abdomen et sur la lèvre inférieure gauche. Dès sa naissance, l'enfant a été couvert de tumeurs spécifiques, dont la nature a d'ailleurs été méconnue; l'enfant a été traité par les mercuriaux que depuis quatre mois, c'est-à-dire qu'il fréquente le dispensaire de la rue de Crimée. La recherche de la syphilis chez les parents n'offre pas de difficultés. La mère, âgée de 31 ans, a des accidents syphilitiques manifestes depuis plus de dix ans; à cette époque, elle est accouchée d'un enfant mort. La syphilis nous paraît traitée chez elle comme chez son enfant, lui a été transmise par le mari (âgé de 28 ans), dont les aveux ne laissent aucun doute.

Avant son mariage, cette femme avait eu un enfant parfaitement sain. Malheureusement ce garçon, âgé de 10 ans, vient d'être tué par son frère plus jeune avec lequel il couche. Cette pauvre famille, si cruellement éprouvée par la vérole, n'avait pas le moindre moyen de se défendre; son état sanitaire et c'est le hasard qui les a conduits au Dispensaire. Pour la première fois, ils ont été soumis au traitement mercuriel.

Le petit garçon de 18 mois, qui est atteint à la fois de syphilis héréditaire et de rachitisme, a été allaité par sa mère dans de bonnes conditions jusqu'à 12 ou 13 mois; à cette époque seulement, il a commencé à manger d'autres aliments que le lait maternel. Peut-être est-ce à cause de cet allaitement exclusif et prolongé qu'il doit d'avoir survécu à une syphilis héréditaire et non traitée.

Le rachitisme, chez cet enfant, n'est pas dû à une mauvaise alimentation; il est dû à la syphilis, nous n'hésitons pas à le reconnaître.

Est-ce à dire pour cela qu'il soit une manifestation d'essence syphilitique?

La syphilis héréditaire, quand elle n'est pas traitée, tarde pas à plonger les nouveau-nés dans un véritable cachectisme souvent mortel. Si les enfants survivent à ce mal, ils n'ont jamais l'apparence et la vigueur des enfants sains; faut-il s'étonner qu'ils deviennent



tiques, surtout quand ils sont soumis à une mauvaise hygiène alimentaire ?

L'allaitement artificiel qui, à lui seul, provoque le rachitisme, n'agira-t-il pas encore plus sûrement s'il est aidé par la syphilis ? Voilà pourquoi les petits syphilitiques allaités artificiellement sont presque tous rachitiques. Chez eux le rachitisme est attribuable aux deux causes réunies : syphilis héréditaire et alimentation.

Si l'allaitement naturel remplace l'alimentation défectueuse et si le traitement mercuriel intervient, les deux facteurs peuvent être annulés et le rachitisme n'apparaît pas. Nous avons cité plus haut des observations à l'appui.

Si le traitement fait défaut (obs. XV), l'allaitement naturel cesse d'être un préservatif suffisant et le rachitisme se montre comme une conséquence de la cachexie syphilitique.

Dans ce cas, le facteur *syphilis* a agi seul. Mais si ce facteur a provoqué le rachitisme, ce n'est pas en vertu d'une action spécifique sur le système osseux qui donnerait au rachitisme la signification d'une localisation osseuse de la syphilis. Son rôle pathogénique est plus modeste ; il est en quelque sorte banal et ne diffère pas de celui qu'on doit attribuer à toute maladie aiguë ou chronique qui, en affaiblissant l'organisme et en troublant la nutrition générale à la période d'évolution du squelette, porte une grave atteinte au développement des os. A ce titre, la syphilis héréditaire (comme la syphilis acquise) n'a pas une valeur pathogénique d'autre nature que la scrofule, la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la broncho-pneumonie qui, nous en avons recueilli des exemples, peuvent aussi provoquer l'apparition du rachitisme. Quand nous voyons le rachitisme frapper un enfant syphilitique, nous ne sommes pas plus autorisés à dire *rachitisme syphilitique* qu'à donner l'épithète de *scrofuleux*, *morbilleux*, *pulmonaire*, etc., au rachitisme provoqué par la scrofule, la rougeole, la broncho-pneumonie. Agir ainsi serait tomber dans l'erreur et la confusion que Portal a professées en décrivant les espèces suivantes : *Rachitisme*

ilitique, scorbutique, scrofuleux, arthritique, rhumal, par obstruction intestinale, à la suite d'exanthèmes(1). Bref, ce n'est pas d'après une seule particularité de son titre qu'on peut définir une maladie ; c'est par l'ensemble de sa physionomie ou par un de ses attributs principaux et caractéristiques comme serait, par exemple, une notion pathogénétique indiscutable. Nous avons vainement demandé cette définition à la syphilis héréditaire.

(A suivre.)

## DU TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE COMPLÈTE DU COUDE CHEZ LES ENFANTS

A propos d'une double ostéotomie faite par M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. Jollard, interne des hôpitaux.

Nous sommes loin du temps où Bonnet estimait que « la médecine opératoire n'a rien à voir dans le traitement des ankyloses ». Depuis le jour où Rhéa Barton eut l'idée de sectionner l'extrémité supérieure du fémur pour remédier à une ankylose de la hanche, l'ostéotomie est devenue, avec l'ostéoclasie et la résection, l'une des trois méthodes de traitement des ankyloses qui résistent aux manœuvres de redressement brusque ou progressif. Tour à tour vantées et décriées, ces méthodes rivales ont été et sont encore mises en parallèle dans le traitement des ankyloses du membre inférieur.

La question, nous allons dire la querelle, est toujours pendante et les opérateurs, depuis quelques années, paraissent avoir choisi le genou pour expérimenter les effets et faire apprécier les bienfaits de la résection, de l'ostéoclasie et de l'ostéotomie. Sur le membre supérieur, au contraire, et en particulier sur le coude, une seule opération semble devoir convenir à tous les cas d'ankylose irréductible : c'est

(1) Obs. sur la nature et le traitement du rachitisme, Paris, 1797.

la résection. Aussi, croyons-nous intéressant de publier l'observation suivante qui relate un cas d'ostéotomie double pratiquée par notre excellent maître, M. de Saint-Germain, pour une double ankylose irréductible du coude. En voici les détails :

OBSERVATION — Soib..... Georges, 9 ans, entre le 28 février 1887, salle St-Côme, n° 10.

Il y a plusieurs années, cet enfant a eu la variole dont il porte encore les marques à la figure. Ni le malade, ni la personne qui l'accompagne ne peuvent nous donner de renseignements sur la date et l'origine de la double ankylose du coude pour laquelle il entre à l'hôpital, et qui, en tout cas, est postérieure à la variole.

Les deux coudes sont ankylosés à angle très obtus mesurant environ 160°. Ils sont volumineux et déformés par une saillie postérieure constituée par l'olécrâne, qui remonte à 2 cent. environ au-dessus de la ligne transversale reliant l'épitrochlée à l'épicondyle. En avant, la palpation révèle une saillie peu appréciable à la vue, constituée par la trochlée humérale. Il y a donc ankylose et luxation du coude en arrière. Nous n'avons pu savoir comment est survenue cette double luxation. Pas de cicatrices au voisinage des deux coudes. Atrophie peu considérable des muscles périarticulaires. L'ankylose est complète, la fusion de l'humérus avec les os de l'avant-bras est intime et les deux articulations ont pour ainsi dire disparu. Pas de fongosités. Le malade est dans l'impossibilité absolue d'imprimer le plus petit mouvement à ses deux coudes. Il ne peut porter les aliments à sa bouche qu'en inclinant fortement la tête. Les mouvements de pronation et de supination sont abolis. Les mouvements communiqués de flexion et d'extension sont également impossibles. Etat général excellent. Rien aux poumons.

Après une tentative infructueuse de redressement brusque de l'ankylose sous le chloroforme, M. de Saint-Germain se décide à pratiquer l'ostéotomie linéaire de l'extrémité inférieure de l'humérus, en commençant par le côté droit.

8 mars 1887. Chloroforme. Bande d'Esmarck. Membre supérieur droit placé sur un coussin incomplètement rempli de sable fin. Lavage du coude avec la solution phéniquée forte. Le bord externe de l'humérus est tellement superficiel que M. de Saint-Germain préfère attaquer l'os de ce côté. Incision verticale de 2 cent. faite à 2 cent. environ au-dessus de l'épicondyle parallèlement au bord huméral externe. Après la section de quelques

fibres musculaires, arrivée facile sur l'os. Incision et refoulement latéral du périoste. Ciseau de 1 cent. de large, introduit d'abord verticalement puis transversalement. Section de l'os à petits coups de maillet. Quelque difficulté dans ce temps de l'opération à cause de l'éburnation de cette partie de l'os atteinte d'ostéite condensante. Membre facilement ramené à l'angle droit. Incision avec une pince de Liston d'un angle saillant sous la peau, constitué par l'extrémité tranchante du fragment inférieur. La bande d'Esmarck retirée, quelques gouttes de sang veineux. Pansement avec la gaze iodoformée. Immobilisation du membre à angle droit à l'aide de deux attelles en carton de paille formant équerre et dont les branches s'appliquent sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras. Écharpe de Mayor.

Dans la soirée, un peu de suintement sanguin : compression à l'aide d'une bande supplémentaire enroulée par-dessus le pansement.

Le lendemain, un peu d'œdème sur le dos de la main. La bande est enlevée.

Pas de fièvre les jours suivants. Le pansement est refait tous les 5 jours.

15 avril. Le cal est solide : la plaie superficielle, n'a plus que les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Le 22. Cicatrisation complète de la plaie. Le malade porte facilement la main à sa bouche et même derrière sa tête. Le membre est tout à fait à angle droit.

Le 26. Nouvelle opération analogue du côté gauche. Section de l'os plus facile.

Pas de réaction fébrile. Cicatrisation de la plaie et consolidation de la fracture aussi rapide que précédemment. Membre à angle droit. Le malade mange en portant très facilement les mains à sa bouche. Il reste quelque temps encore à l'hôpital où nous le voyons frotter quelquefois le parquet et porter sur les mains et les avant-bras le lourd plateau contenant les aliments destinés aux malades de la salle. Exeat le 26 juin.

Les circonstances qui ont amené l'apparition de cette double ankylose méritent de nous arrêter un instant. Malgré l'absence presque absolue de renseignements, nous savons cependant qu'une arthrite double du coude est survenue après la guérison d'une variole. Mais combien de temps après ? Les deux arthrites ont-elles été simultanées ou successives ? Quelle en a été la durée ? Nous l'ignorons. Tout ce que nous

savons, c'est que l'affection des coudes n'a pas été soignée, qu'elle a été peu douloureuse et qu'elle ne s'est pas accompagnée d'abcès ou de fistules : l'absence de cicatrice au voisinage des coudes en est la preuve.

Il n'est pas rare de voir apparaître pendant la convalescence et plus souvent encore dans le décours de la variole des manifestations articulaires qui revêtent d'ordinaire deux formes bien distinctes au point de vue de la gravité : la forme rhumatismale, souvent bilatérale, très fréquente et guérissant sans laisser de traces, et la forme infectieuse, beaucoup plus fréquente, presque toujours mortelle, suppurant rapidement et ne tardant pas à être suivie de l'apparition d'autres arthrites suppurées et des abcès viscéraux qui caractérisent l'infection purulente. Dans le cas actuel, la double arthrite du coude semblait constituer un type clinique intermédiaire offrant, par sa tendance à l'ankylose, une grande analogie avec l'arthrite plastique de la blennorrhagie. L'ankylose, il est vrai, peut aussi terminer les arthrites varioliques infectieuses, mais à la suite d'une suppuration prolongée par des fistules intarissables et d'altérations plus ou moins graves des extrémités osseuses articulaires, comme le prouvent trois observations relatées par Ollier dans son mémoire sur la résection du coude (*Revue de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 912 et suiv.)

L'ankylose se compliquait de chaque côté d'une luxation du coude en arrière qui paraît avoir passé inaperçue au milieu de la poussée inflammatoire pourtant peu intense qui atteignait les deux coudes. S'agissait-il d'une luxation traumatique consécutive à une chute sur les mains ou sur les coudes, ou d'une luxation pathologique survenue graduellement ? Il est difficile d'être fixé à cet égard, quoique la première hypothèse nous paraisse plus vraisemblable. Si, en effet, l'existence simultanée de deux luxations symétriques et absolument identiques n'est guère en faveur d'une luxation traumatique, d'autre part, l'absence de suppuration et l'intégrité des extrémités articulaires ne plaident nullement

en faveur d'une luxation spontanée, d'ailleurs très rare au coude, à moins que l'on n'admette une de ces luxations subites signalées par Verneuil dans le cours des fièvres graves et reconnaissant pour causes l'atrophie et la parésie de certains groupes de muscles péri-articulaires.

Quelle que soit la part d'influence qui revienne à chacune de ces causes, l'ankylose compliquée d'une luxation en arrière, immobilisait les deux avant-bras dans une attitude identiquement vicieuse. Les deux coudes formaient un angle obtus de  $160^{\circ}$  environ et la fusion paraissait si complète entre l'humérus et les os de l'avant-bras qu'elle supprimait en quelque sorte l'articulation et ne permettait pas le moindre mouvement des coudes. La gêne éprouvée par le malade pour porter les aliments à la bouche était si grande que cette considération seule avait décidé le malade à réclamer une opération.

Au point de vue du traitement, les ankyloses complètes du coude peuvent se diviser en deux grandes catégories : les ankyloses vicieuses, qu'elles soient obtuses ou rectilignes, et les ankyloses non vicieuses, c'est-à-dire à angle droit.

De tout temps, les chirurgiens ont cherché à modifier l'attitude vicieuse de l'avant-bras dans l'ankylose rectiligne ou presque rectiligne. Uni ou bi-latérale, elle est tellement gênante que les malades réclament à tout prix une opération. Lorsque le coude est seulement ankylosé à angle obtus, de  $120^{\circ}$  à  $160^{\circ}$ , on peut s'abstenir d'y toucher, si l'ankylose est unilatérale, le membre supérieur libre suppléant assez facilement le membre ankylosé. Le chirurgien doit cependant tenir compte du côté malade, de l'âge et de la profession du sujet. C'est ainsi que, chez un enfant dont le coude droit est ankylosé à angle obtus, il est généralement indiqué d'intervenir, le malade ne pouvant que gagner à toute modification apportée à cette attitude. Enfin, dans l'ankylose double à angle obtus, tous les moyens doivent être tentés surtout chez l'enfant, pour faire disparaître une

attitude aussi préjudiciable au rôle actif que doivent jouer plus tard les membres supérieurs.

Le redressement brusque de l'ankylose sous le chloroforme est généralement la première méthode à employer. Une fois le membre placé à angle droit, il faudra surveiller de près l'articulation et se hâter de lui imprimer des mouvements progressifs. Mais cette mobilisation ultérieure de l'articulation est bien rarement possible et le plus souvent il faut se contenter d'une ankylose à angle droit. Il est encore plus fréquent de voir ; même chez l'enfant, le redressement forcé échouer complètement et tous les efforts du chirurgien demeurer stériles, grâce à la soudure intime des trois os du coude qui forment, pour ainsi dire, un os unique.

La rupture de l'ankylose peut cependant, dans quelques cas, être facilitée par la fracture d'une portion d'os qui s'oppose au redressement. C'est ainsi qu'Ollier a pu redresser chez deux jeunes gens une ankylose rectiligne après fracture préalable de l'olécrâne. De même, la résection de l'olécrâne permet quelquefois de ramener à l'angle droit une ankylose obtuse ou rectiligne. Cette opération n'a été pratiquée qu'une seule fois par Buck qui, dans un cas d'ankylose obtuse, parvint, après résection de l'olécrâne, à rompre les adhérences qui unissaient l'humérus aux os de l'avant-bras et à faire recouvrer au coude la plus grande partie de ses mouvements. Ces deux procédés mixtes, combinant le redressement forcé à une ostéoclasie ou à une ostéotomie partielle, incomplète, pourraient convenir à des cas analogues à celui de notre malade, c'est-à-dire à ceux où l'olécrâne luxé en arrière constitue un sérieux obstacle à la réduction de la luxation et à la rupture de l'ankylose.

Si le chirurgien, ne pouvant parvenir à séparer les surfaces articulaires, se résignait à respecter l'ankylose et brisait l'humérus immédiatement au-dessus de l'articulation, ou plutôt opérerait le décollement de l'épiphyse, il obtiendrait après avoir placé le membre à angle droit, une consolidation de la fracture ou du décollement épiphysaire dans une



situation favorable. Mais l'ostéoclasie appliquée aux ankyloses du coude ne paraît pas avoir jusqu'ici tenté beaucoup d'opérateurs. La thèse d'agrégation de Pousson sur l'ostéoclasie ne mentionne aucune opération de ce genre. Cependant Poulet et Bousquet pensent qu'on pourrait y recourir soit manuellement, soit à l'aide d'un appareil construit spécialement pour le coude. Mais ce nouvel ostéoclaste, dont l'apparition ne saurait tarder en ce temps d'ostéoclasie à outrance, attend encore son inventeur. Quant à l'ostéoclasie manuelle, elle n'a été pratiquée qu'une seule fois par Voillemier qui rompit par la flexion brusque une double ankylose rectiligne complète du coude. Mais il y eut d'un côté arrachement de la trochlée humérale et de l'autre fracture transversale de l'humérus, à deux centimètres de l'articulation. Les deux avant-bras purent être fléchis à angle droit et la guérison s'effectua dans cette situation.

L'ostéotomie ne paraît pas également avoir joui jusqu'ici d'une grande faveur dans le traitement de l'ankylose complète du coude. En dehors de l'ostéotomie partielle mentionnée plus haut, que Buck pratiqua comme opération préliminaire à la rupture d'une ankylose par le redressement forcé, nous ne connaissons que 4 cas d'ostéotomie proprement dite, tous relatifs à des adultes. Wattmann, d'après Cecherrelli, l'aurait pratiquée le premier en 1841, mais nous manquons de détails sur cette opération. D'autre part, Ollier nous apprend sommairement que Lücke a traité avec succès par l'ostéotomie sous-cutanée un cas d'ankylose osseuse. Les deux seules observations détaillées que nous possédions, résumées dans la thèse d'agrégation de Campenon (p. 125 et 126) sont de date récente (1880) et appartiennent à un chirurgien anglais, James Walton. Il s'agissait de deux jeunes filles de 17 et de 18 ans chez lesquelles l'ostéotomie, en ramenant à l'angle droit une ankylose rectiligne, permit d'obtenir dans les deux cas un membre très utile.

La rareté des ankyloses complètes du coude traitées par l'ostéoclasie et l'ostéotomie n'a d'égale que la fréquence de



celles qui ont été soumises à la résection. Pratiquée pour la première fois par Textor en 1840, adoptée par les chirurgiens allemands, anglais et américains qui la pratiquent couramment depuis de longues années, cette méthode n'a été suivie en France que par Bœckel qui l'importa il y a une vingtaine d'années et surtout par Ollier qui, en 1882, l'avait déjà pratiquée 18 fois. Mais elle paraît s'acclimater difficilement parmi nous, si nous en jugeons par le très petit nombre de cas publiés depuis lors.

Une nouvelle méthode vient d'être expérimentée l'année dernière chez un malade de 19 ans, par notre ami le Dr Defontaine (du Creusot) qui l'a décrite sous le nom d'*ostéotomie trochléiforme* (1). Cette sorte d'ostéotomie perfectionnée ne diffère de l'ostéotomie proprement dite qu'en ce que la section de l'humérus, au lieu d'être rectiligne, est faite suivant une ligne courbe qui reproduit autant que possible la forme des surfaces articulaires normales, c'est-à-dire, dans le cas particulier, une articulation du genre trochlée. On voit donc que, par le but qu'elle se propose, elle n'a guère de l'ostéotomie que le nom et qu'elle mérite plutôt d'être rapprochée de la résection, dont elle ne diffère que par l'absence d'extirpation des extrémités articulaires.

Nous ne donnerons aucun détail opératoire sur la plupart des méthodes que nous venons d'énumérer.

Le redressement forcé est décrit dans tous les traités de pathologie chirurgicale et les divers procédés de résection minutieusement exposés dans Ollier et Farabeuf. Nous renvoyons également à la Revue de chirurgie (septembre 1887) pour les détails opératoires de l'ostéotomie trochléiforme. Quant à l'ostéoclasie, elle ne nous semble pas mériter d'être décrite comme méthode spéciale dans son application à l'ankylose du coude. Nous préférons donner quelques détails opératoires sur les différents procédés d'ostéotomie. Voici d'abord celui qu'a suivi M. de Saint-Germain :

---

(1) Revue de chirurgie, septembre 1887.

## TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE COMPLÈTE

Le malade endormi et la bande d'Esm coude est placé sur un coussin incomplètement sable, excellent point d'appui recommandé par Mac-Ewen. Après lavage de la région à solution phéniquée forte, on fait l'incision de la partie externe, à 2 centimètres environ du condyle. D'après quelques expériences faites sur le cadavre, nous avons cru préférable l'incision postérieure et d'arriver sur l'os à travers la manière pratiquée dans le triceps. Mais, comme le bord externe de l'humérus était si superficiellement accessible, que M. de Saint-Germain ne put l'atteindre par son bord externe, nous avons fait une incision cutanée de 2 centimètres, faite vers le bord externe de l'humérus avec un bistouri épais, conduit immédiatement sur l'os, coupant quelques fibres musculaires. Le périoste est enlevé par un ostéotome large d'un centimètre, pressé dans la solution phéniquée forte, est introduit dans la plaie, puis retourné transversalement pour venir perpendiculaire à l'axe de l'humérus. L'os est solidement fixé par un aide sur le coussin sectionné à petits coups de maillet. Cette opération ne laisse pas d'être assez difficile, à cause de la position de l'os en ce point. Le membre est facilement maintenu droit et les fragments s'écartent, formant un angle en dehors; mais le fragment inférieur, qui se tourne en dedans, fait sous la peau une saillie saillante et tranchante menaçant l'intégrité des téguments. Pour écarter cet angle osseux peut être facilement maintenu par la pince de Liston et extrait avec un davis. La peau est enlevée sans qu'il se produise de hémorragie et la plaie est pansée avec la gaze. La mobilisation du coude à angle droit est maintenue par deux attelles en carton de paille embrassant l'avant-bras, l'une la face antérieure, l'autre la face postérieure de l'avant-bras.

grâce aux deux branches qui les constituent et qui forment au niveau du coude un angle droit ouvert en dedans.

La seconde ostéotomie fut pratiquée un mois et demi après sur l'autre coude d'après les mêmes règles et n'offrit de spécial qu'une facilité plus grande dans la section de l'os. Dans les deux cas, il fut possible de terminer l'opération sans recourir à l'ostéoclasie. Il eut peut-être été préférable de pratiquer l'ostéotomie cunéiforme qui aurait probablement évité la présence sous la peau et la résection de l'angle saillant, que laisse fatalement après elle toute ostéotomie linéaire.

Barwell, dans l'article *Ankylose du coude* de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, conseille le procédé suivi qu'il n'a cependant jamais pratiqué sur le vivant : F sur les bords externe et interne de l'extrémité inférieure l'humérus, immédiatement au-dessus des tubérosités, de petites incisions permettant le passage d'un ciseau de 8 millimètres, puis sectionner l'os de chaque côté dans l'épaisseur de 1 à 2 centimètres suivant le volume de l'humérus et achever avec la main la section du reste de l'os, qui n'offre d'ailleurs aucune difficulté, grâce au peu d'épaisseur de la portion osseuse qui sépare les cavités olécrânienne et coronoïdienne.

Chez ses deux malades, Walton attaqua l'os du côté externe et en fit la section avec la scie d'Adams introduite entre l'os et le périoste. Chez l'une d'elles, il compléta la section par l'ostéoclasie et ne fléchit le membre que peu à peu, par étapes successives, de façon à n'atteindre l'angle droit qu'à la fin de la troisième semaine.

Les résultats consécutifs ont toujours été excellents : la consolidation de la fracture était complète au bout de 5 semaines chez notre malade, de 7 et de 8 semaines chez les malades opérées par Walton.

Pour apprécier la valeur des différentes méthodes de traitement que l'on peut appliquer aux ankyloses complètes du coude chez les enfants, il faut tout d'abord distinguer :

méthodes curatives : redressement brusque, résection, ostéotomie trochléiforme, celles qui sont simplement palliatives. telles que l'ostéoclasie et l'ostéotomie. Il est bien évident, en effet, qu'une méthode qui vise à la restitution des mouvements de l'ancienne articulation ou à la reproduction d'une néarthrose n'est nullement comparable à celle qui cherche seulement à donner au membre une attitude plus commode. Mais les méthodes dites curatives sont loin d'atteindre constamment leur but. Le redressement brusque, en particulier, est presque toujours, pour ne pas dire toujours, suivi du retour d'une ankylose plus ou moins complète, de sorte que cette méthode, théoriquement curative, n'a généralement que des effets palliatifs et peut être mise, au point de vue des résultats, au même rang que l'ostéoclasie ou l'ostéotomie. Elle est d'ailleurs si infidèle qu'elle ne doit pas figurer parmi les méthodes de traitement des ankyloses complètes, excepté dans les cas très exceptionnels où elle est facilitée par une opération préliminaire, ostéoclasie ou ostéotomie partielle, généralement pratiquée sur l'olécrâne.

Mais les autres méthodes curatives tiennent-elles toutes leurs promesses ? La résection, au dire de ses partisans, paraît réunir à priori toutes les qualités d'une excellente méthode curative : assez facile d'exécution, exempte de dangers, puisque l'articulation n'existe pour ainsi dire plus, elle peut et doit quand elle a été faite par la méthode sous-capsulo-périostée, être suivie de la reproduction des extrémités osseuses articulaires et de la formation d'une néarthrose assez mobile dans le sens de la flexion et de l'extension, peu ou point mobile latéralement, par conséquent solide et rendant le membre opéré presque aussi utile que l'autre. Comme, d'autre part, le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus entre à peine pour un dixième dans l'accroissement ultérieur du membre, il n'y a pas lieu d'en regretter le sacrifice.

Voilà les qualités de la méthode ; voyons maintenant ses défauts. Le manuel opératoire n'est d'abord pas si simple

qu'on veut bien le dire et devient même d'une réputation dans la résection sous capsulo-périostée. De complications inflammatoires post-opératoires, peu rares, n'en existent pas moins et la mortalité de certaines statistiques allemandes et américaines, recense un cas de mort sur dix opérés. Enfin, la méthode est de deux graves reproches qui diminuent singulièrement son rôle curatif : d'une part, l'établissement d'une articulation trop mobile latéralement, d'autre part surtout le retour de l'ankylose. C'est Ollier lui-même nous révèle les inconvénients dus à la trop grande mobilité ou à la trop grande solidité de l'articulation : « Il faut donc tâcher d'éviter ces membres mal fixés ou flottants qui sont une gêne pour celui qui les porte et qui, au lieu d'être une amélioration, constituent une aggravation regrettable du malade. »

Mais chez l'enfant, c'est presque toujours par l'extensibilité que pèchent les résultats définitifs de ces résections orthopédiques, comme les appelle Ollier : « Le retour de l'ankylose est toujours à redouter chez les jeunes sujets. La tendance à la néoformation osseuse à cet âge est très prononcée qu'il ne faut pas faire de résection sous-périostée complète. Il faut enlever une zone de périoste au-dessus et au-dessous de la ligne où l'on veut établir le nouvel interligne articulaire. Il faut, en outre, se hâter d'imprimer des mouvements à l'avant-bras sur le bras, dès qu'on peut le faire sans douleur. Sans ces mouvements méthodiques et persévérants, on voit reparaître l'ankylose et l'on ne retire alors de l'opération qu'une meilleure position du membre ».

Donc, technique opératoire compliquée exigeant une grande solidité ultérieure de l'articulation le respect absolu des ligaments latéraux et pour sa mobilité, l'ablation partielle est pensable chez l'enfant, d'une zone de périoste de la forme mal déterminées; accidents post-opératoires possibles, soins consécutifs minutieux nécessitant une surveillance quotidienne et aboutissant trop souvent à une

## TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE COMPLÈTE DU

ankylose et quelquefois à un membre flottant, c'est pire des résultats : voilà des raisons assez sérieuses pour faire hésiter plus d'un chirurgien devant la résection d'une ankylose osseuse du coude chez l'enfant « opération sérieuse, à certains égards dangereuse, qu'un enfant n'entreprendra jamais à la légère ».

Malgré le beau résultat obtenu par Defontaine par l'opération trochléiforme, d'un manuel opératoire encore facile et rendant plus probable l'apparition d'accidents ultérieurs, exigeant une surveillance ultérieure et rigoureuse dans le but de prévenir le retour de l'ankylose, on ne semble pas appelée à faire une concurrence à la résection.

Laissant de côté l'ostéoclasie, méthode brutale, ainsi que le prouvent les résultats obtenus par elle, nous ferons remarquer que l'ostéotomie, telle qu'elle a été pratiquée par M. de Saint-Germain l'ont pratiquée, constitue une bonne opération, d'exécution facile, exempte de complications et fidèle dans ses résultats, puisqu'elle donne un membre solide et capable d'exécuter sans trop de travaux les plus pénibles.

Mais s'il est permis à un chirurgien hardi et expérimenté de préférer la résection et l'ostéotomie trochléiforme à l'ostéotomie linéaire dans la cure des ankyloses du coude, il n'y a pas lieu d'intervenir dans les cas où l'ankylose est à angle droit, surtout lorsqu'elle est à angle obtus. La crainte de la voir se reproduire après avoir donné au malade les chances d'opérations aussi sérieuses que celle bien plus grande de voir un membre ballant inutile succéder à un membre solide et utile, semble commander au chirurgien une sage abstention.

## REVUES DIVERSES

---

**Ovariectomie bei einem Kinde. (Ovariectomie chez une enfant)**  
**Dr POLOTSEWOW** (*Centralbl. f. Gynäkologie*, 1887, n° 23).

L'auteur rappelle d'abord que les kystes de l'ovaire et surtout les kystes de ces kystes s'observent très rarement chez les enfants. et Winckel ont rencontré des kystes dans des ovaires qui n'étaient encore développés; Carr, Thomas, Courtz, Marjolin, Wegsel Kiwisch ont eu l'occasion d'observer des kystes de l'ovaire chez des enfants.

On ne trouve dans la littérature que 8 cas d'extirpation de l'ovaire : ceux de Bekker, Spencer Wells, Schwartz, Thomson, K Alrott, Kid.

La malade qui fait l'objet du présent travail était une fillette bien développée, âgée de 9 ans. Depuis deux ans elle souffrait de douleurs abdominales et son ventre avait pris peu à peu un développement considérable. Au niveau de l'ombilic il mesurait 62 centimètres, un peu au-dessus 60 centimètres. A la palpation, la tumeur était plus appréciable du côté gauche. Elle était constituée par deux masses arrondies, mobiles, sans fluctuation. L'utérus était encore très peu développé, le conduit vaginal mesurait 8 centimètres de longueur. Diagnostic : kyste de l'ovaire avec un pédicule.

Laparotomie, ponction, puis extirpation de la tumeur avec ligature du pédicule. La guérison fut rapide. La tumeur, y compris son contenu lui pesait 2000 grammes et renfermait une certaine quantité de cholestérol et quelques fragments de dents.

---

Le gérant : G. STEINHEIL

# TABLE ANALYTIQUE

## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME V

CINQUIÈME ANNÉE, 1887

### A

Abcès du foie dans l'enfance (Des —).  
A. BERNHARD. *Jahrb. f. Kinderh.*  
Revue, 35.  
Abcès multiples chez les nourrissons  
(De l'étiologie des —), TH. ESCH-  
RICH. *Centralb. f. Kinderh.* Revue,  
229.  
Abcès rétropharyngiens (Deux cas  
d'incision suivis de phénomènes  
d'asphyxie), TÉMOIN, 172.  
Abcès sous-périosté ; incision ; acci-  
dents multiples ; guérison. DE  
SAINT-GERMAIN, 122.  
Accidents de croissance (Diagnostic  
de quelques —). H. DAUCHEZ, de  
Lille. *Journ. de scienc. méd. de  
Lille.* Revue, 382.  
Adénopathies trachéo-bronchiques.  
Leçon clinique, P. GRANCHER, 1.  
Affection articulaire coxo-fémorale  
(Résultats ultimes du traitement  
mécanique de l'—), NEWTON M.  
SHAFFER et Robert W. LOVETT.  
*New-York Med. Journ.* Revue, 425.  
Affections mentales (De quelques-  
unes des —) de l'enfance et de la  
jeunesse, F. LANGDON DOWN. *Brit.  
Med. Journ.* Revue, 135.  
Alcooliques (Des substances —) dans  
la thérapeutique infantile, OLE-  
MENTE FERREIRA, 337.  
Amygdalite (Du traitement de l'—)  
W. J. BAKER. *Brit. Med. Journ.*  
Revue, 236.

Anévrysme de l'aorte (De l'—) et de  
l'athéromasie aortique dans l'en-  
fance, SANNÉ, 56.  
Angine lacunaire et diphtéritique,  
B. FRAENKEL. *Berl. klin. Woch.*  
Revue, 225.  
Angine tonsillaire (Du rôle de l'inci-  
sion dans l'—) CH. MACLEAN. *Brit.  
Med. Journ.* Revue, 142.  
Antifébrine dans les maladies fébri-  
les des enfants, WIDOWITZ. *Wien.  
Med. Woch.* 372.  
Antipyrine chez les enfants (dans la  
scarlatine et la bronchite aiguë),  
FRIEDLAENDER. *Therap. Monatsh.*  
Revue, 472.  
Antipyrine (Remarque  
les maladies infect  
fants. BUNGENROTH  
*medizin. Wissenschaft.*  
Antisepsie chez les n  
MILLER. *Centralb.*  
Revue, 330.  
Ataxie héréditaire, STINTZING.  
*Munch med. Wochensh.* Revue,  
468.  
Athétosie et hémiplegie remontant à  
la 1<sup>re</sup> enfance, BYRON BROMWEL.  
*Brit. Med. Journ.* Revue 379.  
Atrophie rénale (De l'—, dans l'en-  
fance, R. FOERSTER. *Jahrb. f. Kin-  
derh.* Revue, 230.

### B

Broncho-pneumonie des enfants. Son  
traitement par l'iodure de potas-



sium. ZINNIS. *Bullet. gén. de thér.* Revue, 881.

Brûlures chez les enfants (Pronostic des —), JOULLARD, 217.

## C

Carotide primitive (Un cas de ligature de la —) à la suite d'un abcès scarlatineux. Guérison. A. SELENKOW. *St Petersburg. med. Woch. Revue*, 277.

Catarrhe aigu des fosses nasales chez les nouveau-nés, FARAGO. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 227.

Cerveau (Blessure pénétrante du —) chez un jeune enfant. Guérison. F. R. WILSON. *Brit. Med. Journ.* Revue, 143.

Chirurgie orthopédique (Leçons cliniques de —), LEWIS A. SAYRE. *Compte rendu.* MERCIER, 476.

Chorée (Du traitement de la) et d'autres maladies convulsives par la physostigmine, RIESS. *Berlin. Klin. Woch.* Revue, 372.

Chorée (Un cas de —) traité par l'antipyrine, WOLLNER. *Münch. med. Woch.* Revue, 280.

Cirrhose infantile, P. LAURE et HONORAT, 97 et 159.

Claudication chez les enfants, E. BROUSSOLLE, 18.

Cocaïne (Chlorhydrate de —) Nouvelles applications dans la thérapeutique infantile, Aurelio BIANCHI. *Lo Sperment.* Revue, 141.

Cocaïne (De la —) dans la clinique infantile, Aurelio BIANCHI. *Lo Sperimentale.* Revue, 44.

Coma diabétique chez un enfant, J. L. PRÉVOST et Paul BINET. *Rev. méd. de la Suisse rom.* Revue, 284.

Congrès des sciences médicales de Washington. Résumé, 527.

Convulsions infantiles (Des —) HUGHLING JACKSON. *Brit. Med. Journ.* Revue, 138.

Corps étrangers de l'oreille et des fosses nasales (Des divers procédés d'extraction des —), TÉMOIN, 73.

Corsets orthopédiques de Sayre (Un nouveau moyen de suspension) ROUX. *Rev. méd. de la Suisse rom.* Revue, 523.

Coqueluche (Examen laryngoscopique dans la —), V. HERFF. *Centralb. f. med. Klin.* Revue, 32.

Coton phéniqué (Empoisonnement aigu par le coton phéniqué chez

une petite fille de 23 mois), Jules SIMON, 119.

Coxalgie dans l'enfance. Son traitement par la résection, G. A. WRIGHT. *Brit. Med. Journ.* Revue, 476.

Croup (De l'oxygénation directe dans le —) comme moyen de remplacer la trachéotomie, W. G. WAGNER. *Brit. Med. Journ.* Revue, 235.

Croups diphtéritiques d'emblée. Diphtérie de la plaie; guérison, GEVAERT. *Journ. Soc. roy. des sciences med. et nat. de Bruxelles.* Revue, 332.

Cyphose (Contribution à la cure de la —), Annibale NOTA. *Rivista clinica.* Revue, 383.

## D

Déformation dentaire syphilitique d'Hutchinson (Contribution à l'étude de la —), R. OTTE. *Berlin. Klin. Woch.* Revue, 375.

Dépôts fibreux intra-cardiaques dans la diphtérie et dans quelques autres maladies des enfants, Will. C. CHAFFEY. *Brit. Med. Journ.* Revue, 380.

Diabète sucré (Contribution à l'étude du —) chez les enfants, Jules SIMON, 450.

Diarrhée estivale (Le traitement antiseptique de la —), L. EMMETT HOLT. *New-York. Med. Journ.* Revue, 139.

Diarrhée infantile (Traitement de la —), CADET DE GASSICOURT. Revue, 429.

Diarrhées infantiles (Traitement antiseptique des —), LEGENDRE. *Union médicale.* Revue, 524.

Diphtérie circonscrite, Robert W. QUENNEL. *Brit. Med. Journ.* Revue, 425.

Diphtérie (Contribution à l'étude de la —), O. HEUBNER. *Jahrb. f. Kinderh.* Revue, 470.

Diphtérie (Du traitement le plus efficace de la —), W. H. DALY. *New-York Med. Journ.* Revue, 91.

Diphtérie (De la contagion de la —) et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris, G. LANCEY. Thèse compte rendu MERCIER, 192.

Diphtérie scarlatineuse (De la nature de la —), JESSNER. *Berl. Klin. Woch.* Revue, 471.

## TABLE DES MATIÈRES

- Diphthérie (Statistique et traitement de la —), N. LUNIN. *Arch. f. Kinderh. Revue*, 85.
- Diphthérie (Du traitement de la —), P. WERNER. *S<sup>t</sup>-Petersb. med. Woch. Revue*, 87.
- Dystrophie musculaire progressive (Contribution à l'étude de la —), O. BUSS. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 183.

### E

- Embolies capillaires expérimentales du cerveau et de la moelle épinière. Résultats négatifs par rapport à la chorée, MONEY. *Brit. Med. Journ. Revue*, 41.
- Emphysème généralisé (Un cas d'—), consécutif à une laryngite striduleuse. CADET DE GASSICOURT, 49.
- Erysipèle ambulante de la face et du cuir chevelu. Endocardite. DES-CROIZILLES, 529.
- Erysipèle (Transmission utérine de l'—), LEBEDEFF. *Zeitsch. f. Geburtshilfe und Gynäk. Revue*, 133.
- Erysipèle (Un cas de complication rare de l'—), P. ENGEL. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 522.
- Esquinancie (Remarques sur le traitement de l'—), surtout chez les enfants, GREEN. *Brit. Med. Journ. Revue*, 378.

### F

- Fièvre scarlatine (Méthode prophylactique et recherches sur la nature du contagé de la —), ALLEN JAMIESON et Alex. EDINGTON. *Brit. med. Journ. Revue*, 422.
- Folliculite suppurative chez les enfants, C. LONGARD. *Arch. f. Kinderh. Revue*, 516.
- Fractures chez les enfants (Pronostic et traitement de quelques —), JOULIARD, 400.
- Fractures du coude chez de jeunes enfants, ROBERT ABBE. *New-York med. Journ. Revue*, 90.
- Fractures intra-utérines du tibia, H. BROUM. *Arch. f. klin. Chir. Revue*, 331.

### G

- Gastrite aiguë (De la —) à forme grave dans la 1<sup>re</sup> enfance, SEIBERT. *Jahrb. f. Kinderh. Revue*, 519.

- Genou (Note sur d'arthrose du —) et LIARD, 269.
- Gonorrhée (Un cas petite fille âgée tonite, mort, S. *Kinderh. Revue*,

### H

- Hémiatrophie faciale HERZ. *Arch. f. 474.*
- Hémiplégie méninge CHHAUS. *Berlin. Revue*, 229.
- Hémoglobinurie et chez un nouveau-né. *Müncher med. 84.*
- Hernie abdominale radicale d'un garçon de 6 ans, *Incurabili. Revu*
- Hôpital des Enfants-bourg (28<sup>e</sup> rap. directeurs). *Revu*
- Hydrocéphalie interphalique héréditaire l'étude de l'—), *med. de la Suisse 42.*
- Hydronephrose (Néale d'une —), *Centralb. f. Chi.*
- Hystéro-épilepsie de FENAUER. *Centr. heilk. Revue*, 469

### I

- Ictère catarrhal épidémique. *Jahrb. f. K.*
- Impétigo contagieux. *Zit. Arch. f. Kin*
- Invagination intestinale d'—) chez des e HERZ. *Arch. f. 179.*
- Involution des voies sur l'—), THÉRE
- Irrigations intestinales catarrhal (Des—), *f. Kinderh. Revu*
- Ivresse (De l'—) Edmond CHAUM

### L

- Langue (Desquam

de la —) chez les enfants, Louis GUINON, 385.

Laryngite aiguë chez les enfants (De la —), FOXWELL. *Birming. Med. Rev.* Revue, 234.

Larynx (De l'intubation du —), Mac NAUGHTON. *New-York Med. Journ.* Revue, 428.

Leucocythémie chez un enfant de 9 mois, T. C. JONES. *Brit. med. Journ.* Revue, 379.

Luxation coxo-fémorale congénitale de la hanche (De son traitement), Richard BARWELL. *Brit. Med. Journ.* Revue, 334.

## M

Maladies contagieuses de l'enfance (Mesures prophylactiques dans les —), DORNBLUH, *Deutsch. Vierteljahr f. æffent. Gesundheitspflege.* Revue, 232.

Maladies des enfants (Notes cliniques sur quelques —), Eug. REVILLIOD. Thèse. Compte rendu MERCIER, 46.

Maladies des enfants. (Traité clinique et pratique des —), E. BARTHEZ et A. SANNÉ. 3<sup>e</sup> édit. 2 volumes. Compte rendu, MERCIER, 190.

Maladies infectieuses (Notions sur le traitement des —), DORRENBURG. *Centralb. f. Kinderheilk.* Revue, 325.

Malformations du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe, VOITURIEZ. *Journ. des Sciences méd. de Lille.* Revue, 281.

Méningite cérébro-spinale (Un cas de —), J. LAUSCHMANN. *Pester med. chir. Presse.* Revue, 89.

Méthyle (Chlorure de —). Dans l'anesthésie locale et la cautérisation ignée. BAILLY, 499.

## N

Naphthaline (La —) dans les affections intestinales des enfants, WIDOWITZ. *Iahrb. f. Kinderheilk.* Revue, 521.

Néphrite scarlatineuse (Des causes de la —), N. FILATOW. *Centralb. f. Kinderk.* Revue, 327.

Noma (Du —), WORONICHIN. *Iahrb. f. Kinderh.* Revue, 518.

## O

Obstruction intestinale suivie de péritonite (Un cas d' —), A. BERGSTAND. *Iahrb. f. Kinderh.* Revue, 419.

Orchite, fièvre rhumatismale et chorée chez le même sujet, CHAS-AITKEN. *Brit. Med. Journ.* Revue, 95.

Ostéomyélite aiguë et furonculose, J. VOITURIEZ. *Journ. des sciences méd. de Lille.* Revue, 186.

Otite labyrinthique double dans le cours d'une méningite cérébro-spinale, STEINBRUGGE. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 376.

## P

Papillomes multiples du larynx, GANGHOFNER. *Prag. Med. Woch.* Revue, 328.

Paralysie ascendante (De la —) à la suite de la coqueluche, P. J. MOEBIUS. *Centralb. f. Kinderheilk.* Revue, 232.

Paralysie diphtérique du pneumogastrique (De la —), Alfred SUSS, 289, 347.

Paralysie infantile (Du traitement de la —), William MURREL. *Lancet.* Revue, 40.

Parotidite épidémique (De l'incubation et de la contagion de la —), F. ROCH. *Münch. med. Woch.* Revue, 224.

Périostite phlegmoneuse (Quelques réflexions sur deux cas de —), JOULIARD, 312.

Péritonite chronique avec guérison spontanée par perforation, H. HOCHHAUS. *Deutsch. med. Woch.* Revue, 420.

Petite vérole (Recherches sur le micro-parasite de la —), A. MABOTTA. *Rivista clinica e terap.* Revue, 38.

Pilocarpine (De l'emploi de la —) dans les affections pulmonaires, RIESS. *Centralb. für Kinderh.* Revue, 374.

Pneumothorax (Guérison spontanée d'un —) dans la phthisie, NONNE. *Deutsch. med. Woch.* Revue, 90.

Polioencéphalite (Un cas de —), KO-WALESKI. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 522.

Pont de Varole (Un cas de tumeur tuberculeuse du —), E. BRUNS. *Neurolog. Centralb.* Revue, 33.

Pseudo-paralysie syphilitique (Trois cas de guérison de —), LAFFITTE, 199.

Pseudo-paralysie syphilitique (Deux cas de guérison de —), A. LAEGER, 322.

Purpura-fulminant (Deux cas de —), Prof. HENOCH. *Münch. med. Woch. Revue*, 177.

## R

Rachitisme et Syphilis, COMBY, 481 et 536.

Rage chez les enfants, Aug. OLLIVIER, 443.

Rhumatisme articulaire aigu (De l'étiologie du —) et de ses complications, P. GUTTMANN. *Deutsch. medic. Wochens. Revue*, 134.

Roideur articulaire du gros orteil chez les adolescents du sexe masculin, T. JENNIE VERBAL. *Brit. med. Journ. Revue*, 236.

Roséole (De la —), H. KLAATSCH. *Arch. f. Kinderh. Revue*, 80.

Rubéole, rougeole et scarlatine. Notes comparatives, HAIG BROWN. *Brit. med. Journ. Revue*, 237.

Rubéole scarlatineuse. Note clinique du *Brit. med. Journ. Revue*, 333.

## S

Sarcome chez les enfants (Inefficacité du traitement opératoire dans certaines formes de —), DE SAINT-GERMAIN, 77.

Sarcome congénital de la parotide et du cou, J. TSONER. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 376.

Scarlatine dite chirurgicale (De la —), Dr HOFFA. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 417.

Scarlatine et variole chez le même malade ou exanthème prodromique de la variole, NETOLITZKY. *Praeger med. Woch. Revue*, 224.

Scarlatine (Quelques remarques sur la —), H. HERTZKA. *Arch. f. Kinderh. Revue*, 415.

Scarlatine (Suites terribles de la —), F.-J. SAWDON. *Brit. med. Journ. Revue*, 235.

Scarlatine (Traitement par le biiodure de mercure), C.-R. ILLINGWORTH. *Brit. med. Journ. Revue*, 526.

Sclérose en plaques chez les enfants (De l'étiologie de la —) et de l'in-

fluence pathogénique de l'hérédité syphilis. MONCORVO, 241.

Scrofule (De la thérapeutique de la —), A.-F. SUCHARD, 166, 211, 261.

Scrofule (Sur l'identité de la —) avec la tuberculose, E. DE RENZI. *Riv. clin. e terapeut. Revue*, 282.

Statistique chirurgicale semestrielle, hôpital des Enfants-Malades, de SAINT-GERMAIN, 412.

Syphilis hémorrhagique des nouveau-nés, F. MRAREO. *Centralb. f. Kinderheilk. Revue*, 225.

Syphilis héréditaire ou rachitisme congénital, M. HERX. *Centralb. f. Kinderheilk. Revue*, 278.

Système nerveux (Maladies inflammatoires aiguës du —). Traitement électrique. A quel moment le commencer? R. FRIEDLANDER. *Centralb. f. Nervenheilk. Revue*, 182.

## T

Tabes dorsalis (Du —) dans l'enfance, M. FREYER. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 228.

Tænia nain (Le —) et son importance médicale, GRASSI. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 230.

Température (Recherches sur la —) et les indications d'incubation artificielle des enfants nés avant terme, J. EROSS. *Arch. f. Gynär. Revue*, 180.

Tétanos (Relation d'une épidémie de —) dans les salles de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, JACQUINOT, 458.

Tétanos traumatique chez l'enfant. Forme subaigüe. Guérison. Marcel BAUDOUIN, 508.

Thalline (De l'action du sulfate de —), A. STEFFEN. *Iahrb. f. Kinderh. Revue*, 84.

Thalline (De la —) dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants, O. KOHTS. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 280.

Torticolis (Un cas de —), DOLLINGER. *Centralb. f. Kinderh. Revue*, 377.

Trachéotomies (Statistiques des —) à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1886, 129.

Troubles de la parole dans l'enfance (Des —), H. BOHN. *Iahrb. f. Kinderh. Revue*, 132.

age du larynx. *Brit. Med. Journal*. Revue, 96.

erculose (Un cas de —) par inoculation chez l'homme, E. LEHANN. *Arch. f. Kinderh.* Revue, 88.  
erculose (Un cas de —) par inoculation, à la suite de l'amputation de l'avant-bras, WAHL. *Arch. f. Klin. Chir.* Revue, 134.

erculose (De la —) de la peau et des muqueuses, E. SCHWIMMER. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 279.  
erculose cérébro-spinale chez un jeune enfant, CONCETTI. *Gaz. ed. di Roma*. Revue, 286.

erculose du premier âge (De la fréquence de la —), LANDOUZY. *Revue de médecine*. Revue, 287.  
neur sacro-coccygienne, JACQUIOT, 366.

U

mie dans la néphrite scarlati-

neuse, W. JACUBOWITSCH. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 417.

Urticaire intermittent, SOLTSMANN. *Centralb. f. Kinderh.* Revue, 331.

V

Varicelle (quelques particularités de la —), COMBY, 145.

Varioles des enfants (Des accès éclamptiques dans la —), Alf. MONTEFUSCO. *Archiv di Pat. inf.* Revue, 93.

Variole et Varicelle (Deux épidémies simultanées), A. BRUYELLE, de Lille. Revue, 189.

Z

Zona orural (D'un cas de —), DESCROIZILLES, 193.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

WITSEN, G.  
Berne, III.  
SOLMAN  
I. Berne, II.

icularité

(Des ar-  
, Alf. Mo  
Pat. u

aux épê  
BRUYER

- 112



41C13







41C1392 ~~41C1392~~  
~~41C1392~~





41C1392 ~~41C1392~~  
~~41C1392~~

